FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N° 216

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

PAUL ADELMANN

Contribution à l'Etude du Traitement des Tuberculoses cutanées atypiques (Tuberculides)

Soc. Anon[e] des Établissements d'Imprimerie
ANDRÉ HERBELIN
46, Rue Jacob (Paris VI[e])

1921

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	RÉNON
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphiliques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, LEJARS, HARTMANN, GOSSET
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LE LORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GRIGOIRE	LEREBOULLET	ROUSSY
BRANCA	GUINIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ (Henri)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Albert ADELMANN, sergent-fourrier au 115e Régt d'Infanterie
tué le 7 Octobre 1914, aux environs d'Audechy (Somme)

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

« à qui je ne témoignerai jamais assez de reconnaissance ».

A MA SŒUR, A MES FRÈRES

A MONSIEUR BERNARD FRIDMANN

en témoignage d'affection

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

Officier de la Légion d'honneur
Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital St-Louis

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUÉ *(In Mémoriam)*

MONSIEUR LE DOCTEUR GRÉGOIRE

Professeur agrégé

MONSIEUR LE DOCTEUR SERGENT

Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR MARION

Professeur agrégé

MONSIEUR LE DOCTEUR THIBIERGE

MONSIEUR LE DOCTEUR FLORAND

MONSIEUR LE DOCTEUR BARBIER

MONSIEUR LE DOCTEUR DÉMELIN

MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

AVANT PROPOS

L'idée de cette thèse nous a été donnée par notre maître, M. le docteur Hudelo, médecin de l'hôpital St-Louis.

C'est dans les leçons si riches en enseignements qu'il prodigue chaque jour dans son service, tant à la consultation qu'au lit du malade, que nous avons puisé la plupart des matériaux qui nous ont permis de mener à bien ce petit travail. S'il s'y trouve quoi que ce soit, qui puisse un instant, retenir l'attention c'est entièrement à Lui que nous le devrons.

Qu'il nous soit permis de lui témoigner notre gratitude pour l'aide bienveillante qu'il n'a cessé de nous apporter en la circonstance et durant le temps que nous avons eu l'honneur d'être son externe. Nous n'oublierons pas que nous lui sommes redevables du meilleur de nos connaissances dermatologiques.

Nous remercions bien vivement, Monsieur le Docteur Montlaur chef de laboratoire à l'hôpital St-Louis qui nous a si souvent éclairé pour la rédaction de ce travail, de ses excellents conseils dermatologiques.

Que Monsieur le docteur Grenet, médecin de l'hôpital Broca, et Monsieur le docteur Drouin, son chef de laboratoire, nous permettent de les remercier ici, pour les précieuses indications qu'ils ont bien voulu nous donner à plusieurs reprises.

*
* *

Nous saisissons avec un vif empressement l'occasion qui s'offre à nous de saluer notre maître, Monsieur le docteur A. Florand, médecin de l'hôpital Lariboisière. Nous avons trouvé en lui, au retour de la guerre, le « patron » dévoué et indulgent qu'il nous fallait pré-

cisément après cette vie complexe de trop grande indépendance médicale, mais aussi de dure expérience. Quoique déjà au déclin de nos études, et revêtus encore d'un bien brillant uniforme, nous sommes redevenus avec joie, sous sa tutelle le modeste roupiou.

Mais si nous avons eu l'occasion d'apprécier longuement et avec quelque profit, nous l'espérons, le clinicien merveilleux de clarté et de bon sens, nous avons appris non moins, à aimer l'homme sagace et bon à qui rien n'était indifférent de la vie de ses élèves et qui savait si bien le leur prouver.

Aussi est-ce avec une émotion sincère et l'esprit plein de ce double souvenir, de l'homme et du praticien, que nous saurions difficilement oublier, que nous prions notre maître de vouloir bien accepter l'hommage de notre profonde et affectueuse reconnaissance.

Contribution à l'Étude du Traitement des Tuberculoses cutanées atypiques (Tuberculides)

INTRODUCTION

Nous avons essayé de réaliser un travail pratique. Aussi avons nous délibérément, laissé de côté les formes rares de la tuberculose cutanée atypique, pour ne nous occuper que des formes les plus courantes.

Nous n'avons pas eu l'intention de saccager le vieil arsenal thérapeutique de la tuberculose. Nous reconnaissons volontiers qu'un praticien expérimenté y trouvait souvent de quoi soulager notablement ses malades. Mais que de déceptions et de difficultés pour un médecin non spécialisé.

Or, la thérapeutique moderne renferme trois méthodes de traitement, simples, à la portée de tous les praticiens. Ces méthodes judicieusement employées, semblent pouvoir répondre à la majorité des cas. Nous avons essayé d'en établir une sorte de classification.

Nous avons consacré nos deux premiers chapitres à l'*histoire clinique*, et à la *symptomatologie* des tuberculides. Après un troisième chapitre où nous passons rapidement en revue *les traitements usuels de la tuberculose cutanée*, nous avons longuement présenté *trois mé-*

thodes de traitement général des tuberculides : la *Tuberculinothérapie ;* les *injections de terres rares ;* les *injections de novarsénobenzol.*

Nous avons fait de nombreux emprunts pour la partie clinique et documentaire de ce travail au *traité élémentaire de dermatologie pratique*, de Brocq ; au *précis de dermatologie* de Darier ; à la *thèse* de Pautrier et enfin à la *thèse* de Gougerot.

Histoire Clinique des Tuberculides

La tuberculose cutanée qui constitue aujourd'hui un groupe particulièrement important de la dermatologie, comprenait il y a trente ans à peine, un nombre très restreint de dermatoses. Seules, en effet, étaient alors considérées comme ressortissant à la tuberculose les affections suivantes : les gommes tuberculeuses, le ulcérations, la tuberculose végétante le lupus vulgaire, la tuberculose verruqueuse, (de Riel et Paltauf) et le tubercule anatomique.

C'était d'ailleurs, il faut le dire, une tendance très accusée chez les pathologistes de cette époque, (et ils suivaient en cela une tradition extrêmement ancienne) de considérer schématiquement la tuberculose comme une maladie toujours grave et à évolution destructive.

Vers la fin du 19e siècle, cependant, et avec la découverte du Bacille de Koch, les idées commencèrent à se modifier : on en vint peu à peu à admettre la possibilité de tuberculoses atténuées, chroniques, et disons le mot, curables. Tandis que dans le domaine de la pathologie viscérale, des affections comme la pleurésie « a frigore » les polyadénopathies cervicales etc... venaient prendre place à côté des formes graves de la tuberculose, seules décrites jusque là, d'éminents dermatologistes comme Besnier, Hutchison et Bœck affirmaient nettement la nécessité d'élargir le groupe des tuberculoses cutanées. C'est ainsi que Besnier au seul nom de la clinique affirmait la nature tuberculeuse du lupus erythémateux, pour avoir remarqué la fréquence des antécédents bacillaires chez les malades atteints de cette dermatose, antécédents personnels, héréditaires ou collatéraux. D'autres, subissant les mêmes influences, commençaient à soupçonner l'origine tuberculeuse de quelques affections cutanées comme l'érythème induré (déjà entrevue longtemps auparavant par Bazin) du Lichen scrofulosorum etc.

Si bien qu'en 1896, lorsqu'eut lieu à Londres le IIIe congrès international de dermatologie, l'attention des dermatologistes de tous pays avait été suffisamment at-

tirée vers cet ensemble de faits nouveaux pour qu'on put mettre à l'ordre du jour « l'étude des relations entre la tuberculose et les maladies de la peau autres que le lupus vulgaire ». Hallopeau proposa une première classification qui comprenait trois groupes : celui de la tuberculose vulgaire, celui des tuberculoses cutanées provoquées vraisemblablement par une forme microbienne distincte du bacille tuberculeux et enfin celui des tuberculoses cutanées engendrées par des toxines émanées de foyers plus ou moins éloignés. Il admettait en dehors de ces groupes, l'existence de quelques dermatoses trouvant chez les tuberculeux un terrain favorable.

Cette même année à la société de dermatologie, Darier proposait pour ces affections qui semblaient devoir être rattachées plus ou moins nettement à la tuberculose le nom de tuberculides cutanées, qui fut depuis presque universellement admis. De son côté Leredde, insistait sur l'importance des lésions vasculaires dans ces dermatoses et proposait même de les désigner sous le nom de : angiodermites tuberculeuses.

Au congrès de dermatologie de 1900, Bœck de Christiania l'un des rapporteurs, voulait voir dans la symétrie, selon, lui, constante des tuberculides, un trait distinctif de ces dermatoses en même temps qu'une preuve de leur origine toxinique. Darier, par ailleurs, essayait de préciser les données sur lesquelles il convenait d'asseoir le groupe nouveau des tuberculides : coexistence fréquente de ces lésions, avec des signes nets de tuberculose avérée et difficulté d'en démontrer bactériologiquement et expérimentalement la nature tuberculeuse. Par ailleurs, se basant sur l'anatomie pathologique, il subdivisait le groupe des tuberculides en deux groupes : le groupe A comprenant les lésions avec follicules tuberculeux typiques et le groupe B.

En 1903, dans une thèse remarquable sur les tuberculoses cutanées atypiques, Pautrier tentait de grouper les faits acquis sur la description et la pathogénie des tuberculides et proposait une classification basée sur l'aspect clinique de ces dermatoses.

En 1908, dans un travail récapitulatif, Gougerot établissait le bilan des preuves susceptibles de démontrer l'origine microbienne des tuberculoses cutanées atypiques : il classait les faits démontrés par les preuves bactériologiques incontestables, les faits probables, les faits possibles, mais non démontrés.

En 1908 également, Gougerot et Guy Laroche tentèrent de démontrer expérimentalement l'origine tuberculeuse des « tuberculides » et d'en éclairer la patho-

génie en faisant varier les différents facteurs de leur production. Ils utilisèrent pour cela un simple frottis de cultures pures de Bacilles de Koch, sur la peau épilée du cobaye. Ils parvinrent à reproduire un certain nombre de lésions s'apparentant plus ou moins nettement tant au point de vue clinique qu'histologique à des formes données de tuberculides. Cependant, leurs résultats furent manifestement plus favorables pour la forme de tuberculides dites « papulo-nécrotiques ». Ils conclurent à ce sujet que « cliniquement, anatomiquement, bactériologiquement l'identité est complète entre les tuberculides humaines et expérimentales ».

Pour ce qui est de la pathogénie des tuberculides, Gougerot et Guy Laroche proposèrent de substituer à la théorie exclusivement toxinémique de Hallopeau et Bœck, la théorie suivante qui n'est d'ailleurs en partie que la confirmation de celle établie par Darier, entre autres dermatologistes :

1° Toutes les tuberculides, sauf peut-être quelques érythèmes et eczéma scrofulosorum sont dues à l'action locale du bacille tuberculeux (ou de ses débris), présent dans la lésion, agissant à la fois par ses toxines adhérentes et par ses toxines solubles diffusant autour de lui.

2° Le bacille (ou ses débris) qui va produire les tu berculides arrive à la peau par deux voies principales : voie vasculaire et inoculation épidermique.

3° Ls bacilles producteurs de tuberculides semblent pouvoir être de qualité différente. Bacilles morts, bacilles atténués, bacilles rares, mais très virulents.

4° Le terrain a une influence des plus nettes pour la production des tuberculides (l'augmentation de résistance de l'animal favorisant l'éclosion des tuberculides cutanées).

5° La réaction locale des tissus cutanés aux bacilles tuberculeux suit les lois générales qui régissent la tuberculose des autres tissus.

6° La tuberculide est le plus souvent une réaction défensive et destructive de l'embolie bacillaire, chez un individu sensibilisé, en état de demi-immunité.

7° Des causes prédisposantes aident à l'éclosion des tuberculides : les unes sont communes, à toutes les tuberculoses, les autres, imprégnation toxinique de l'organisme nous semblent avoir une importance spéciale que l'on n'a pas assez mise en lumière.

8° Les décharges toxiniques peuvent réactiver les lésions éteintes, contenant des bacilles plus ou moins latents inclus dans la cicatrice.

Nous nous sommes un peu attardés à l'exposé des conclusions de Gougerot et Guy Laroche, parce que précisément, ils résument l'état théorique actuel de la question des tuberculides. Au surplus, rien de démonstratif en ce sens, n'a été fait depuis eux. Comme on le verra dans notre bibliographie, nombreuses sont les observations de cas particuliers de tuberculides qui furent présentés et discutés dans les sociétés médicales au cours de ces dernières années. Leur but était généralement de confirmer la nature tuberculeuse de telle lésion, en se basant soit sur un examen histologique approfondi, soit sur l'efficacité d'un traitement.

Etat actuel de la question des Tuberculides

« Parmi les caractères qui, de nos jours, font affirmer qu'une affection cutanée est tuberculeuse, il n'en est que deux ayant une valeur scientifique absolue. Ce sont :

1° La présence de bacilles de Koch dans les lésions (dont par ailleurs la structure histologique est toujours nettement folliculaire).

2° Le résultat positif de l'inoculation du tissu morbide aux animaux et notamment au cobaye, animal réactif.

Les autres caractères n'autorisent qu'une présomption assez forte à la vérité si plusieurs d'entre eux se trouvent réunis. Tels sont :

1° Une structure histologique conforme à celle des lésions tuberculeuses certaines.

2° La réaction locale positive à la tuberculine A. de Koch.

3° Un certain aspect clinique, une évolution et des circonstances étiologiques spéciales.

4° la coexistence de manifestations incontestablement tuberculeuses.

Partant de ces considérations, on divise actuellement la tuberculose cutanée en deux grands groupes : le 1er comprend des affections décrites depuis fort longtemps et de nature incontestablement tuberculeuse : ulcère tuberculeux, gommes tuberculeuses, tuberculose

verruqueuse, tubercule anatomique, tuberculose verruqueuse et végétante, lupus vulgaire.

Le second groupe, le groupe des tuberculides, renferme au contraire des dermatoses dans lesquelles on ne trouve que très irrégulièrement un ou plusieurs des caractères de présomption que nous avons énumérés ci-dessus. Au surplus, si l'on est parvenu dans un certain nombre de tuberculides à mettre en évidence la présence du Bacille de Koch, les résultat positifs obtenus sont encore en très petit nombre et restent parfois contestables.

Au point de vue clinique deux caractères distinguent les tuberculides des tuberculoses cutanées proprement dites : la forme éruptive disséminée qu'elles affectent ordinairement et leur tendance marquée à la guérison spontanée. En outre « elles apparaissent par poussées successives, sans fièvre, sans état général, ont souvent une disposition symétrique et une durée variable assez prolongée.

Les diverses formes ont une prédilection, marquée pour certains âges de la vie et pour certaines régions qu'elles affectent de préférence ». (Darier).

Telle est aujourd'hui la manière de voir la plus répandue sur le groupe des tuberculides. On voit que, conçues de cette façon, ces dermatoses offrent un aspect d'ensemble assez nettement caractérisé. Et de fait, si l'on s'en tient à l'énumération de la plupart des auteurs classiques, la grande majorité des affections décrites sous le nom de tuberculides, répond à cette définition.

Darier par exemple, conçoit ainsi le groupe des tuberculides :

A. — TUBERCULIDES CUTANÉES

1° Tuberculides lichenoïdes, (lichen scrofulorum et lichen nitidus.

2° Tuberculides papulo-nécrotiques, (folliclis et acnitis de Barthélemy).

3° Tuberculides acnéiformes, (acné cachecticorum de Hébra).

4° Tuberculides lupoïdes (sarcoides bénignes ou lupoïdes de Bœck).

5° Tuberculides erythémato atrophiantes (lupus-érythémateux de Cazenave, certaines atrophodermies).

6° Tuberculides érythémateuses (lupus-érythémateux exanthématique).

B). — TUBERCULIDES HYPODERMIQUES

Erythème induré de Bazin ;

Sarcoïdes sous-cutanées de Darier — Roussy ;

Sarcoïdes noueuses disséminées ;

Certaines gommes scrofuleuses de virulence atténuée et quelques ulcères tuberculeux atypiques se rattachent évidemment à ce groupe.

C. — TUBERCULIDES DOUTEUSES

Certaines engelures (tuberculides pernio. Pytiriasis Rubra de Hebra-Jadasshon. Certains para-psoriasis. Le pytiriasis rubra-pilaris. Eczéma folliculorum. Angiokeratome de Mibelli etc).

Symptomatologie de quelques Tuberculides

Comme nous l'avons indiqué dans notre précédent chapitre, considérable est le nombre des affections qui viennent chaque jour grossir le groupe des tuberculides. Cependant, dans l'ensemble de ces dermatoses, il s'en trouve quelques unes qui constituent pour ainsi dire, des lésions types ; les autres n'étant souvent, en quelque sorte, que des formes de passage plus ou moins nettement individualisées.

Nous nous en tiendrons donc à la description clinique des affections suivantes :

Lupus érythémateux.

Erytnème induré de Bazin (y compris la forme ulcéreuse de Hutchinson).

Tuberculides papulo-nécrotiques.

Lichen scofulosorum.

Sarcoïdes de Bœck.

Angio-kératome de Mibelli.

Granulome annulaire.

Lupus Erythemateux

Le lupus érythémateux est une dermatose qui peut se présenter cliniquement sous les aspects les plus divers. Néanmoins, un examen approfondi permet toujours d'y retrouver, plus ou moins accentués un certain nombre des caractères suivants :

a) *Rougeur* constante, s'effaçant à la vitro-pression et s'accompagnant souvent d'une télangiectasie plus ou moins marquée.

b) *Hyperkeratose* ou bien très marquée, et alors constituée par des lames stratifiées sèches, plâtreuses, enchassées dans une dépression de l'épiderme ; ou bien simple piqueté blanchâtre.

c) *Turgescence* des bords de la tâche.

d) *Atrophie cicatricielle* fatale et caractéristique bien que très variable de degré et de profondeur. Délicat réseau scléreux blanc ou plaque mince et souple s'il s'agit d'une lésion superficielle. Tâche scléreuse blanche, s'il s'agit d'une lésion profonde.

e) *Sensibilité* des taches à la pression.

f) *Contour* des taches, net, arrondi, ovalaire ou poly-cyclique avec léger liseré érythémateux.

Une quantité considérable de types ont été décrits. Nous en retiendrons quatre dont les deux premiers forment l'immense majorité des cas de la pratique courante.

1° LUPUS ÉRYTHÉMATEUX FIXE ou discoïde, ou herpès crétacé etc.

Il s'agit d'une lésion profonde, rebelle, à écolution très lente. L'hyperkératose et l'infiltration sont marquées ; la cicatrice très atrophique. Cette lésion occupe de préférence les deux tiers supérieurs du visage. Elle peut atteindre les muqueuses, face postérieure de la lèvre, face interne des joues, et même la langue.

2° Le lupus érythémateux migrans ou érythème centrifuge de Biett s'oppose au précédent par la nature superficielle de sa lésion, son évolution rapide, son infiltration modérée. Il a de plus une tendance à la symétrie et à évoluer par poussées. Sa cicatrice est peu apparente.

Il occupe symétriquement les pommettes, la face normale du nez, et il est fréquent de le voir siéger chez un même sujet sur ces trois points d'élection. On le trouve aussi sur le cuir chevlu et les oreilles.

Les deux formes suivantes, et, la seconde particulièrement, sont infiniment moins fréquentes.

3° Lupus pernio.

C'est une dermatose constituée par des tuméfactions d'un rouge bleuâtre, œdémateuses, à bord diffus, et qui occupent principalement le nez, les régions malaires, les oreilles, le dos des mains et des doigts. Elles finissent pas s'atrophier ou s'ulcérer. Leur évolution est lente, avec rémissions prolongées en été.

Parfois, à la vitro-pression, nodules lupiques sur un fond rouge ; lupus pernio vrai. Parfois, plaques érythémateuses tuméfiées avec dépression centrale : chilblain lupus.

4° Lupus érythémateux exanthématique.

Il s'agit là d'une forme rare, caractérisée par des taches d'un rouge liliacé, finement squameuses, centrifuges, et confluentes en nappes. Elles peuvent, en deux ou trois semaines, s'étendre de la face et des mains au cou, au tronc, aux membres.

On distingue une forme aiguë rapide, fébrile, avec arthralgies, albuminurie et phénomènes généraux graves : mort en quelques semaines ou en quelques mois par toxémie ou par lésions de l'appareil respiratoire ou des reins ou des méninges ; une forme subaiguë sans phénomènes généraux, avec longues rémissions.

Erythème Induré de Bazin

C'est une maladie nettement plus fréquente chez les jeunes filles et qui coincide fort souvent avec d'autres signes de tuberculose cutanée ou viscérale. Elle peut cependant se produire chez des gens âgés. Notre maître, Monsieur le docteur Hudelo, nous citait le cas d'une de ses malades âgée de 64 ans qui, après une poussée

d'adénite cervicale suppurée, présenta un érythème ulcéré des deux jambes.

Elle est constituée par des nodosités dures, peu volumineuses, paraissant siéger profondément dans l'hypoderme et émerger peu à peu en progressant vers la surface de la peau : lorsqu'elles l'atteignent, elles se révèlent par leur saillie et la coloration du tégument qui varie du rouge franc au rouge violacé. Elles sont tantôt isolées, tantôt cohérentes. La pression à leur niveau, n'est pas douloureuse.

Le début est généralement tout à fait insidieux ; il peut avoir lieu cependant par des douleurs violentes dans les membres inférieurs. La dimension des nodosités peut aller de celle d'un pois à celle d'une noisette. Leur siège est fréquemment la face externe des jambes, mais il peut parfaitement se trouver partout ailleurs que sur les membres.

Evolution a) résorption spontanée sans traces. b) ou bien la peau devient roupe, bleuâtre, violacée, et s'ulcére : l'ulcération va généralement en augmentant sans occuper cependant toute la surface du nodule : d'où bourrelet périphérique induré. Elle aboutit finalement à une ulcération de forme circulaire ou ovale, jamais très profonde, à fond jaune, grisâtre ou violacé, régulier non bourgeonnant ; à bords en biseau, en bourrelet ou à pic, mais jamais décollés. Cette ulcération ne suppure pas, mais donne issue à un liquide séreux.

La forme ulcéreuse de l'érythème induré de Bazin est souvent décrite sous le nom de *tuberculose ulcéreuse de Hutchinson*. Elle est le plus souvent constituée par plusieurs éléments dont le siège est celui que nous avons dit plus haut. Cependant, il nous semble intéressant de noter une forme un peu particulière sur laquelle notre maître, Monsieur le docteur Hudelo, a eu plusieurs fois l'occasion d'attirer notre attention : il s'agit d'une ulcération dont les caractères ne diffèrent en rien de ceux que nous avons énumérés mais qui est unique et siège fréquemment sur la partie inférieure de la jambe au niveau du tendon d'Achille.

L'érythème induré de Bazin est une maladie essentiellement lente, évoluant par poussées de deux ou trois mois. Les nodules peuvent disparaître en trois semaines en laissant une cicatrice légèrement déprimée et blanchâtre entourée d'une zône pigmentée. S'ils se sont ulcérés, leur cicatrisation peut trainer indéfiniment.

Tuberculides Papulo-Nécrotiques

C'est une dermatose de l'âge adulte survenant principalement chez des sujets « scrofuleux » selon l'ancienne conception.

Elle est constituée au début par une quantité de petites nodosités dermiques ou sous-cutanées, tendant à se rapprocher de plus en plus de l'épiderme, jusqu'à le soulever. Celui-ci est alors rouge foncé, cuivré ou livide, violacé. Le soulèvement épidermique devient vésicule puis pustule et s'entoure d'une zône mince érythémateuse. La vésicule, alors s'ombilique et se rompt, ou se flétrit : elle donne de toutes manières, une croûte jaunâtre ou brunâtre très adhérente, pénétrant dans l'intérieur du nodule. Sous la croûte on trouve une ulcération relativement très profonde.

Normalement, le nodule s'applatit : la croûte se déssèche et tombe et la rougeur diminue : il reste une cicatrice déprimée, régulière, arrondie, rougeâtre ou violacée au début entourée d'un liseré ou d'un véritable anneau pigmenté qui demande plusieurs mois pour disparaître.

Certains éléments s'infectent secondairement. Chez d'autres, la vésicule ne suppure pas et se recouvre d'une squame adhérente.

L'évolution d'un élément dure de 1 mois à 6 semaines. La maladie elle même peut évoluer par poussées successives intermittentes, irrégulières. Elle est généralement très lente et dure des années.

On peut décrire deux formes principales de tuberculides papulo nécrotiques :

Celle que nous venons de détailler répond assez exactement au *folliclis*. Elle peut siéger aux membres supérieurs, aux mains, aux avant-bras, aux jambes, aux genoux, aux cuisses, etc. Elle n'affecte pour ainsi dire jamais, la face.

L'acnitis de Barthélemy se rencontre chez des sujets jeunes ou adultes, débute et prédomine toujours à la figure tout en se disséminant parfois sur la face d'extension des membres et sur les organes génitaux. Léruption est toujours fort discrète. Elle évolue par poussées successives. De plus, ses éléments semblent généralement plus profonds que dans la forme précédente.

Lichen Scrofulosorum

C'est une affection qui coïncide fréquemment avec d'autres stigmates tuberculeux. Elle est constituée par de petites papules miliaires du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de millet de forme arrondie, parfois acuminées, parfois très aplaties siègeant au niveau des orifices pilo-sébacés et souvent centrées par un poil follet, de coloration jaune ou rouge brun. A leur sommet, elles présentent une petite squame, beaucoup plus rarement une petite pustule ou une minuscule croûtelle. Elles peuvent être isolées, groupées ou cohérentes. Elles forment des placards dont la dimension est celle d'une pièce de cinq francs ; policyclique, le centre guérissant parfois avant les bords. Les poils qui centrent la lésion peuvent être indemnes ou cassés. Elles siègent surtout sur le tronc et sur l'abdomen ; mais elles peuvent parfaitement se montrer sur les membres et la face.

Elles surviennent très lentement durent des mois et des années évoluant parfois en plusieurs poussées.

Parmi les affections les plus fréquemment rattachées à cette forme, on peut citer le *Pityriasis simplex de la face, l'eczéma scrofulosorum*, les *tuberculides papulo-squameuses*.

Sarcoides de Bœck

Il s'agit d'une affection constituée par des éléments de volume variable (tumeurs, nodules, tubercules ou papules) qui affectent avec une symétrie notable des régions constamment identiques, face, haut du dos, côté de l'extension des membres supérieurs. Ils sont de coloration rose brun ou jaune, de surface finement furfuracée, ne s'ulcèrent jamais, sont curables et laissent après eux, une tache télangiectasique et purpuracée. Ils s'accompagnent parfois d'un certain engorgement ganglionnaire.

Ils évoluent en quatre stades qu'on peut ainsi schématiser : Stade éruptif, stade de floraison, stade de pigmentation, et de regression : ces deux derniers stades étant de très longue durée.

Leur siège est intra-dermique, ce qui les différencie entre autres caractères, des *Sarcoïdes de Darier-Roussy* qui sont hypodermiques, isolées ou groupées en cordons, placards, irrégulièrement bosselés ou marronnés, mobiles sur les plans sousjacents et recouverts d'une peau lilas, adhérente.

Angio-Keratome de Mibelli

Dermatose plus fréquente chez l'adolescent. Son siège le plus ordinaire est à la face dorsale et latérale des doigts. Elle est constituée par des tâches franchement rouges, nettement arrondies, formées d'un piqueté, restant rouges à la pression ; leur dimension va d'un grain de millet à une lentille. On provoque une véritable hémorragie très en disproportion avec la grandeur de la lésion si, on la pique avec une aiguille.

Surajoutée à ces taches, on trouve une réaction épidermique hyperkératosique donnant à la lésion un aspect vérruqueux.

Cette affection qui est fréquemment associée avec des engelures et de l'asphyxie des extrémités, évolue d'une manière torpide avec poussées en hiver et apaisement en été. Elle peut persister des années, sans changement, et disparaître ensuite.

Granulome Annulaire

C'est une lésion qui siège surtout aux doigts, aux mains et aux poignets. Elle est constituée par un ensemble de nodules arrondis semi-hémisphériques ou un peu irréguliers-faisant une saillie notable au-dessus du niveau des téguments, ayant la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois, de coloration rose pâle ou foncée. Ces éléments se groupent en anneaux, croissants, à centre généralement normal. Dans certains cas, la bordure en est infiltrée, uniforme et on n'y reconnait pas les nodules primitifs. L'évolution de cette dermatose est très lente, mettant parfois des mois pour atteindre de 1 à 3 ctm. de diamètre.

Ajoutons d'ailleurs au sujet de cette affection que son origine tuberculeuse qui semblait devoir être généralement admise, est à nouveau très discutée.

Les Traitements usuels des Tuberculides

Nous examinerons dans ce chapitre les différentes méthodes généralement utilisées, jusqu'alors, dans le traitement des tuberculides, sans tenir compte des indications particulières à chaque affection. Nous considérerons successivement le traitement interne et le traitement local.

Deux notions sont à la base de la thérapeutique interne des tuberculoses cutanées : le degré de congestion des lésions et la gravité de l'infection tuberculeuse dont ces lésions ne sont qu'une manifestation.

Pour ce qui est des phénomènes congestifs, le traitement consiste plus particulièrement en soins hygiéniques : veiller à la régularité de la menstruation surveiller les fonctions digestives, éviter la constipation, telles sont les trois grandes indications. L'on peut au surplus utiliser quelques médications décongestives ; ergotine, hamamelis, balladone, aconit etc.

.. *Le traitement de fond* celui qui vise principalement le terrain scrofuleux sur lequel évolue la lésion cutanée, se résume en trois médicaments : huile de foie de morue, iode et arsenic.

L'huile de foie de morue s'administre à très haute dose jusqu'à huit cuillerées à soupe par jour, s'il n'y a pas de phénomènes d'intolérance gastrique, ce qui est malheureusement fréquent chez les tuberculeux. On peut avantageusement l'associer à la créosote.

L'arsenic se prescrit sous de nombreuses formes : liqueur de Fowler pure ou addtionnée d'une préparation ferrugineuse, solution d'arséniate de soude, ou d'arrhénal. On peut utiliser la voie sous-cutanée ou intraveineuse avec les injections de cacodylate de soude. Nous laisserons momentanément de côté quelques arsenicaux comme le Néo-Salvarsan, le luargol, etc.

Les Iodiques s'utilisent sous forme de sirop iodo-tannique, sirop de raifort iodé, teinture d'iode, sirop de iodure de fer etc. Leur rôle semble nettement moins favorable que celui des deux médications précédentes.

En dehors de ces trois catégories d'agents médicamenteux, signalons la quinine et l'acide phénique que quelques dermatologistes semblent avoir employés avec quelque succès, dans un certain nombre de cas.

Mentionnons également l'utilisation de quelques eaux minérales dans le but, toujours, de modifier favorablement, le terrain scrofuleux qui est à la base des dermatoses que nous étudions : eaux bromo-iodurées, eaux sulfureuses et surtout les eaux fortement arsenicales de la Bourboule.

Nous terminerons ce paragraphe sans traiter de la tuberculinothérapie que nous étudierons dans un chapitre spécial.

Avec Brocq, à qui nous emprutons, d'ailleurs, la majeure partie des détails contenus dans ce chapitre, nous diviserons les différentes méthodes de *traitement externe* en trois groupes :

1° Les méthodes sanglantes (ablation, raclage, sclarification).

2° Les méthodes non sanglantes (cautérisations ignées, caustiques, électifs, etc.)

3° les méthodes dérivées de l'électricité.

Parmi les méthodes sanglantes, *l'ablation* a des indications très précises : c'est une méthode de choix dans le cas de lésions peu étendues et limitées nettement. Il ne faut pas craindre d'enlever un large lambeau de peau saine autour de la lésion. La récidive « in situ » n'est pas rare.

Les scarifications linéaires se pratiquent hebdomadairement ; elles consistent en incisions très rapprochées les unes des autres et profondes de 1 à 6 mm., de manière à atteindre les limites du mal. Ces incisions doivent nettement déborder la périphérie de la lésion. Elles sont suivies de l'application de compresses humides imbibées d'un antiseptique (permanganate de potasse au 1/20 par exemple, ou bandelettes imbriquées d'emplâtre rouge).

Ce traitement est long ; en outre, malgré sa simplicité apparente, il exige de la part du praticien une certaine habitude, faute de laquelle on n'obtient pas la cicatrice blanche et fine qui doit être la règle. De plus,

il est particulièrement douloureux dans certaines régions de la face, lèvres, régions sous narinaires, oreilles, et peut nécessiter des anesthésies répétées, ce qui n'est jamais sans inconvénient.

Néanmoins, et nous croyons utile d'y insister, la valeur thérapeutique de ces scarifications linéaires est indéniable ; et il y a intérêt à les utiliser au moins comme méthode adjuvante dans la plupart des traitements qui se proposent d'agir indirectement sur une lésion, en modifiant l'état général du malade.

Un autre procédé, sur lequel nous ne nous attarderons pas, parce qu'il exige vraiment une habileté et une pratique très grandes, *le raclage*, consiste à cureter les lésions jusqu'à ce que l'on ait enlevé tout le tissu morbide. Cette méthode très douloureuse exige l'anesthésie locale ou générale.

Nous étudierons plus loin, une méthode de traitement basée sur le même principe que le raclage : *la douche filiforme.*

La Galvano-Cautérisation est le seul procédé utilisable dans le traitement des tuberculides, parmi les systèmes thérapeutiques ayant l'ignipuncture pour base. Son emploi se justifie surtout dans les formes d'envahissement en profondeur ou pour limiter l'extension périphérique d'une lésion. Utilisée de cette dernière manière principalement, ce peut être une excellente méthode aiduvante. Son gros inconvénient est de laisser des cicatrices déprimées et blanchâtres.

Les caustiques et les topiques, tenaient une place considérable dans la thérapeutique dermatologique d'il y a 20 ans. Nous passerons en revue les principaux d'entre eux.

Eliminons d'abord la longue série des décongestionnants habituellement employés dans les formes aiguës des dermatoses les plus disparates : lotions, crêmes, pâtes à l'eau etc.

Le savon noir doit être employé, débarassé de toutes impuretés et délayé dans un excipient comme l'alcool camphré de manière à la rendre plus maniable. Les applications ont lieu chaque soir : la pommade est conservée durant toute la nuit qui suit. Le lendemain on procède à un nettoyage à l'eau chaude et au savon ordinaire. On recommence ainsi un certain nombre de soirs consécutifs jusqu'à ce que la région malade soit rouge, tuméfiée, douloureuse. On utilise alors les topiques émollients jusqu'à sédation complète des phénomènes inflammatoires. Puis on reprend les applications

quotidiennes de savon noir jusqu'à guérison. Cette méthode thérapeutique est très inconstante.

Les acides salicylique et pyrogallique s'emploient le 1er, au 1/10 ; le second au 1/20e, seuls ou combinés l'un à l'autre sous forme de pommade, collodion, emplâtre etc.

L'acide phénique neigeux a l'avantage de pouvoir être appliqué par le malade lui-même. Celui ci procède à des badigeonnages quotidiens de sa lésion jusqu'à en provoquer l'irritation.

L'acide lactique s'emploie pur ou dilué au 1/3 en applications prolongées durant une quinzaine de jours environ.

Tels sont les principaux topiques utilisés en dermatologie. D'une manière générale, ils donnent des résultats fort variables et par ailleurs, ils sont loin d'être toujours inoffensifs.

Parmi les méthodes dérivées de l'Electricité, l'*Electrolyse* est un procédé long, douloureux, qui ne rend aucun service appréciable. Nous n'y insisterons pas.

La Finsenthérapie est basée sur les propriétés bactéricides des rayons chimiques du spectre dont les radiations sont concentrées au moyen de miroirs et de lentilles pour en augmenter l'action. Les radiations calorigues de ce spectre sont exclues en faisant passer les rayons lumineux à travers une couche d'eau. On utilise uniquement l'arc voltaïque qui contient une quantité assez notable de rayons chimiques.

Pratiquement, le traitement des dermatoses cutanées a lieu de la manière suivante : on procède à des séances d'une ou deux heures environ pendant lesquelles un cercle de 10 ou 15 mm. de la région malade est exposé à l'action des rayons chimiques concentrés. L'application, qui n'est pas douloureuse, est suivie d'une réaction érythémateuse variable d'intensité et de la formation d'une bulle : celle-ci, qu'on peut laisser exposée à l'air libre, pendant la saison chaude, doit être traitée en hiver, comme une véritable brulûre.

On a imaginé d'utiliser la lumière solaire à l'aide d'appareils très ingénieux pour permettre aux médecins éloignés des grands centres, de pratiquer la finsenthérapie. Ce procédé a un gros inconvénient : celui d'être soumis aux variations de la température et de ne pouvoir, par conséquent, être utilisé, que d'une manière très intermittente.

Brocq, dans son traité de dermatologie élémentaire résume ainsi les avantages et les inconvénients de la finsenthérapie.

« Les avantages réels de la finsenthérapie sont surtout 1° l'indolence des applications ; 2° la possibilité d'atteindre, par ce procédé bien appliqué, les nodules profonds ; 3° son efficacité réelle dans la grande majorité des cas ; 4° la beauté des cicatrices.

Les principaux inconvénients sont : 1° La longueur des applications ; 2° leur énorme multiplicité pour arriver à la guérison : leur nombre varie de 50 à 200 et plus, la durée moyenne du traitement est de 4 à 8 mois ;. 3° la cherté du traitement ; 4° la nécessité d'avoir des appareils coûteux ; 5° les difficultés réelles de sa bonne application. Il est en effet nécessaire de tenir les appareils en parfait état de propreté, de surveiller le foyer lumineux et surtout la compression ».

Haute fréquence. C'est un procédé qui consiste à provoquer des étincelles pendant une durée de 10-20 secondes environ au niveau des lésions à traiter. Cette intervention est suivie au bout de 1 à plusieurs jours, de la formation d'un ulcère qui peu à peu se cicatrise.

Cette méthode a donné des résultats fort inégaux. Elle est actuellement assez peu utilisée bien que quelques auteurs aient déclaré en avoir retiré un certain bénéfice.

La Radiothérapie qui, au moment de son apparition, a soulevé un enthousiasme considérable, semble devoir être peu à peu fort délaissée dans le traitement des tuberculoses cutanées. Non qu'elle ne soit susceptible, dans quelques cas, au moins, d'agir favorablement sur quelques lésions. Mais son emploi est d'une délicatesse extrême et peut être suivi au bout d'un temps fort variable, d'accidents radiodermiques, d'une gravité parfois considérable.

La Radiumthérapie offre encore plus d'inconvénients que la méthode précédente. Elle exige en outre, la proximité d'un grand centre.

Parmi les procédés basés sur la réfrigération, il faut citer les pulvérisations au *chlorure d'éthyle*, à *l'air liquide* et surtout les applications de *neige carbonique*.

On se sert, pour cette dernière méthode, de réservoirs métalliques, en forme d'obus ou de cylindres contenant l'acide carbonique comprimé à l'état liquide ; de récipients en métal doublé de toile. Il est utile, mais non indispensable, de posséder des moules de forme et de calibre variables de manière à obtenir des crayons se co-

aptant parfaitement avec les lésions à traiter. On tient le crayon avec la main gantée ou protégée par un corps mauvais conducteur : tampon de ouate, bande, peau de chamois etc...

Pour connaître la durée du contact et le degré de pression, à employer dans chaque cas, il est nécessaire de tenir compte de l'âge du sujet, de son sexe, de sa susceptibilité individuelle de la région anatomique et de la structure de la lésion à traiter, des effets, des applications antérieures de neige.

D'une manière générale, il sera plus prudent de rechercher par quelques essais préalables, la façon personnelle de réagir, de chaque sujet : commencer par exemple, par une pression durant 10 secondes, et augmenter progressivement.

La réaction, à la suite d'application de neige carbonique, peut se borner à un simple érythème. Ce peut-être, au bout de quelques minutes, de quelques heures, une phlyctème ou même une escarre. Toutes ces lésions seront traitées par les topiques habituels des brûlures. Il vaut mieux ne pas percer les phlyctèmes et conserver les croûtes, sous lesquelles se fait généralement la cicatrisation.

Les intervalles entre les séances doivent être de 15 jours à 3 semaines.

Les applications de neige ont parfois donné les résultats assez favorables. On observe cependant des récidives et même des aggravations.

Nous ne voudrions pas terminer cette rapide nomenclature sans dire quelques mots d'une méthode fort peu répandue et qui semble entre les mains de son auteur, avoir donné d'excellents résultats : la *douche filiforme* du docteur Veyrières.

Cette méthode consiste à utiliser comme une véritable curette un jet d'eau très mince (de 1/4 de mm. à 1 mm.) sous une pression de 5 atmosphères environ. Le jet doit être dirigé perpendiculairement à la surface à traiter et tenu à une distance de 20 à 25 cm. Il ne faut pas le promener sur la région, mais attaquer à fond, successivement, chaque point de sa surface. La durée de l'application sur chaque point variera suivant le volume du jet, la nature de la lésion, la résistance plus ou moins grande des tissus, net le résultat immédiat constaté : c'est affaire d'expérience pratique.

On utilise de préférence un liquide dont la température est d'environ 45°.

A noter, chose capitale, que le jet n'agit que sur les tissus malades et laisse indemne le tissu sain.

La production de ce jet exige des appareils dont la composition doit être schématiquement la suivante :

Un compresseur à air ; un réservoir accumulateur d'air comprimé ; un récipient, un bain marie ; un pyromètre à cadran ; un manomètre.

L'application de la douche filiforme n'est pas indolore, mais elle n'est guère plus pénible que les scarifications. En outre, elle exigerait un nombre de séances très restreint. Deux ou trois suffiraient dans bien des cas.

Le plus gros inconvénient de cette méthode est d'exiger des appareils et une installation accessibles presque exclusivement aux hôpitaux ou aux centres d'hydrothérapie. Néanmoins, nous pensons qu'il y aurait un réel intérêt à l'expérimenter plus qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, les résultats publiés par l'auteur en 1913, dans la gazette des eaux nous paraissant très impressionnants.

Disons d'ailleurs, que deux de ces appareils ont été successivement installés à l'hôpital Broca et à l'hôpital St-Louis dans le service du docteur Brocq. Il nous a été possible de voir dans ce dernier service, quelques malades traités par cette méthode et nous regrettons que les circonstances ne nous aient pas permis de l'employer pour notre compte personnel.

Sur trois méthodes de traitement général des Tuberculides

Après cette revue d'ensemble, des moyens thérapeutiques, les plus anciens et les plus universellement répandus, nous consacrerons quelques pages à l'étude de trois méthodes relativement récentes.

1° La tuberculinothérapie ;

2° Les injections de terre rare ;

3° Le traitement novarsénobenzolique seul, ou associé à la tuberculine.

1° La tuberculinothérapie, qui date d'une trentaine d'années fut très en vogue, en France, au moment de son apparition. Le nombre assez considérable d'accidents, parfois graves, qu'elle provoqua, la fit momentanément abandonner. Elle semble devoir être réadmise avec raison depuis quelques années, au rang des médications importantes.

2° *Les injections de terres rares* sont une méthode toute récente dont les premiers effets semblent permettre de grandes espérances.

3° *Le traitement novarsénobenzolique* n'a jamais été jusqu'ici appliqué méthodiquement. Il nous a paru cependant, devoir obéir à certaines règles que nous avons essayé d'indiquer.

La Tuberculinothérapie

La médication spécifique de la Tuberculine comprend actuellement, trois catégories de produits : tuberculines, sérums anti-tuberculeux et corps immunisants. Nous laisserons entièrement de côté la question des sérums et des corps immunisants, pour nous occuper exclusivement de la tuberculine.

« On comprend sous ce nom une série de substances solubles ou insolubles, chimiquement ou mécaniquement extraites du Bacille de Koch, quand ce ne sont pas les corps microbiens eux-mêmes. Les principales tuberculines en usages peuvent être rattachées à l'une des trois catégories suivantes :

A. — *Tuberculines contenant seulement les toxines solubles ou exo-bacillines* (Tuberculine ancienne de Koch (T. A.) ; tuberculine « pour l'usage médical » de l'Institut Pasteur de Paris, etc.

B. — *Tuberculines contenant seulement les toxines fixes ou endo bacillines* (Tuberculine résiduelle de Koch (T. R.)

C. — *Tuberculines contenant à la fois les endo et les exo-bacillines.* (Emulsion bacillaire de Koch (T. E.) ou nouvelle tuberculine.

Doses et technique. Le traitement consiste en injections sous-cutanées ou intra-dermiques. Cette dernière manière de faire, la seule que nous envisagerons, parait d'ailleurs préférable à de nombreux points de vue. La première dose à injecter, doit être aussi faible que possible, pour tâter la susceptibilité du malade. S'il se produit une réaction nette, on se contentera de répéter les injections à la même dose. Si au contraire, les toutes petites quantités de tuberculine ne produisent aucune réaction on élevera progressivement la dose car il s'établit dans l'organisme une accoutumance progressive, qui permet au malade de supporter, à la longue, des doses de tuberculine, considérables. En général, il y aura intérêt à chercher la dose qui amène une réaction

nette, et, une fois celle-ci obtenue, à augmenter prudemment les quantités injectées.

Pratiquement on pourra procéder de la manière suivante : on commencera par injecter une goutte d'une solution de tuberculine à 1/10.000e. Si l'on n'obtient pas de réaction, locale et générale on pourra, deux ou trois jours seulement après cette première tentative, refaire une nouvelle injection de concentration supérieure. Dans le cas contraire, huit jours après la première injection, on en pratiquera une seconde, d'une goutte de solution de tuberculine à 1/5000. On continuera ensuite hebdomadairement, en augmentant progressivement les doses de la solution de tuberculine : on utilisera ainsi, successivement les solutions à 1/3000 1/2500 — 1/1000.

Il est préférable de ne pas dépasser des séries de 6 injections. On peut, par contre, faire un nombre plus restreint d'injections, si le résultat obtenu est satisfaisant.

Mais en quoi consistent ces réactions, dont nous avons déjà eu l'occasion de parler à plusieurs reprises ? Nous admettons en principe, qu'il s'agit d'un malade chez qui n'existe aucune des contre-indications que nous énumérerons plus loin.

Réaction locale. — C'est celle à laquelle nous attachons le plus d'importance, parce qu'elle constitue un guide très sûr.

La réaction locale, consiste d'abord en un érythème lenticulaire — il se produit ensuite un petit nodule saillant, peu douloureux, dont les dimensions deviennent rapidement celles d'une pièce de 0.50 centimes. Au bout de trois ou quatre jours, on voit apparaître une fine desquamation de bordure — et dans certains cas, une réaction papulo-bulleuse. S'il ne s'est produit aucune réaction locale, il est bon de faire, une nouvelle intradermo, avec une solution de tuberculine légèrement plus concentrée. Puis on pourra se maintenir momentanément à la dernière dose employée, et n'augmenter, ensuite, que très progressivement les doses injectées.

Réactions générales. — Elles doivent se limiter aux sensations subjectives suivantes qui persistent un jour ou deux après l'injection : malaise général, mal de tête, faiblesse, diminution de l'appétit, plus rarement des vomissements. A noter en outre des élévations de température. (Celle-ci pouvant monter à 40° mais très momentanément) et surtout, une sensation de fatigue qui persiste pendant toute la durée du traitement.

Technique. — On utilise une seringue d'un centimètre cube et une aiguille de platine très fine et à biseau très court que l'on enfonce dans l'épaisseur du derme sans le traverser. Le piston est poussé lentement avec un mouvement de rotation jusqu'à la formation d'une petite boule d'œdème rappelant une piqûre de moustique.

Contre-indications. — Avant de commencer le traitement, il est nécessaire de laisser le malade en observation pendant quelques jours ; on détermine ainsi soigneusement l'état des viscères et en particulier des poumons ; sont contre-indiquées pour le traitement par la tuberculine, toutes les dermatoses s'accompagnant d'une tuberculose à évolution rapide, aiguë et subaiguë, ou chronique en état de poussée aiguë d'une tuberculose discrète, mais avec altération franche de l'état général (tachycardie, teint plombé, etc.)

La fièvre constitue en général un excellent critérium, et il est bon de limité la tuberculinothérapie, aux formes apyrétiques.

Considérations générales sur la Tuberculinothérapie

Il y a lieu de retenir, au point de vue pratique, que quand la tuberculine est employée dans un cas favorable elle guérit selon l'expression pittoresque de Darier « follement vite ». Elle constitue donc, dans certains cas tout au moins une médication de tout premier ordre. Il en est ainsi, presque toujours par exmple, (disons-le en passant) dans l'érythème induré de Bazin qui sous l'influence de cette médication fond comme du sucre » (Thibierge).

Il est bon de noter également que les doses de tuberculine nécessaires pour obtenir un amélioration ou une guérison peuvent varier notablement d'un malade à l'autre ; que les récidives ne sont pas rares, quoique généralement elles se produisent en d'autres lieux que ceux où siègeait primitivement la lésion ; qu'en cas de récidive la guérison sera plus difficile à obtenir, et nécessitera des doses supérieures à celles employées au cours du premier traitement, et un nombre d'injections plus élevé.

Rappelons enfin, que parmi les tuberculides, le lupus erythémateux, s'est presque toujours montré rebelle à la médication tuberculinique. On considère, comme des raretés, les observations de tuberculides améliorées par la Tuberculine. D'où l'indication d'éliminer nettement cette affection, du cadre des dermatoses susceptibles d'être soumises à cette méthode de traitement.

Les injections de terres rares

Les terres rares sont connues depuis plus de 150 ans. On les divise actuellement en quatre groupes : le groupe des métaux diatomiques ; le groupe cérique qui nous intéresse exclusivement et qui comprend les métaux suivants : cérium, lanthane, praséodyme, néodyme, samarium, gadolinium et dyspronium ; le groupe yttirique, et le thorium.

Les premiers travaux biologiques concernant ces métaux ne datent que de 1912. Ils aboutirent d'une manière très générale ,du moins pour ce qui nous concerne particulièrement à démontrer que l'addition des terres rares aux cultures favorise le développement à moins de 1/1000, et l'arrête à une concentration supérieure.

C'est au cours de cette même année ,que A. Frouin dans une communication à la Société de biologie, résuma ainsi le résultat de ses premières expériences portant cette fois, sur le Bacille de Koch exclusivement : « à la dose, de 0.005 % de milieu nutritif, et peut être à des doses inférieures, ces divers sels favorisent le développement du bacille tuberculeux ; à des doses plus élevées cette action favorisante est beaucoup moins marquée ; enfin à la dose de 0,10 % les sulfates de néodyme et praséodyme ont empêché tout développement du bacille tuberculeux, montrant ainsi une action antiseptique énergique ».

D'autres auteurs, Calmette, Massol et Breton, constatèrent que l'adjonction de terres rares à certaines cultures provoquait des modifications morphologiques et tinctoriales du Bacille de Koch. Dans les mêmes conditions, Frouin, nota, en outre, la diminution de teneur en graisse de Bacille de Koch et des changements dans la composition de cette graisse.

A la suite d'une communication orale à eux faite par M. A. Frouin. MM. Grenet et Drouin étudièrent l'action physiologique de certaines terres rares, à l'aide de trois métaux du groupe cérique : le néodyme, le pra-

séodyme et le samarium. Ils utilisèrent une solution à 2 % de sulfates de néodyme, praséodyme et samarium, employés isolément ou mélangés les uns aux autres. Leurs constatations furent les suivantes :

Peu de réaction à la suite de l'injection, parfois une petite sensation de fatigue.

Augmentation de l'appétit.

Au point de vue hématologique, augmentation à peine marquée du nombre des hématies, mais augmentation considérable de celui des leucocytes.

« Une demi-heure après l'injection, ils passent, en moyenne, de 6000 à 12.000. Cette leucocytose s'accentue avec la continuation du traitement et atteint souvent après 20 injections 50.000 ou 60.000 par m. mmc. et cela sans que le sujet présente aucun trouble. Elle ne décroit que lentement après l'arrêt du traitement et l'on peut trouver encore au bout de quinze jours, 12.000 leucocytes par mmc. » On note également une modification de la formule leucocytaire : mononucléose considérable avec diminution relative du nombre des polynucléaires.

Les albumines du sérum sanguin augmentent en moyenne de 0,55 %. Le caillot de coagulation est un peu plus rétractif.

Pas de modifications du côté du pouls, de la tension sanguine de la composition des urines, de l'appareil pulmonaire, etc.

Telles sont les principales remarques, que firent MM. Grenet et Drouin à l'occasion de leurs recherches. Ils eurent l'idée dès lors d'expérimenter la valeur thérapeutique des sulfates de terres rares dans les tuberculoses cutanées.

Ils constatèrent, pratiquement, qu'il valait mieux ne pas employer de solutions de terres rares, dont la concentration fut supérieure à 2 % — et ils s'en tinrent exclusivement aux sulfates de samarium, praseodyme et néodyme, employés seuls ou isolément.

Après avoir utilisé uniquement la voie veineuse, ils parvinrent à fabriquer une solution susceptible d'être injectée par voie intra-musculaire et sous-cutanée.

Voici d'ailleurs, la méthode, telle que l'ont établie MM. Grenet et Drouin, et telle que nous l'avons pratiquée.

Méthode des injections intra-veineuses :

On utilise une solution à 2 % de sulfate de terres cériques (néodyme, praséodyme, samarium) exemptes de cerium. Les injections ont lieu tous les jours ou tous

les 2 jours par séries de 15 ou 20 injections consécutives. On commence par un centimètre cube ; on augmente progressivement cette dose jusqu'à atteindre, le chiffre maximum de 4 centimètres cubes de la solution soit 0.08 centigrammes de sulfate de terres rares. Cette dernière dose peut être atteinte au bout d'une huitaine de jours environ.

Après chaque série de 15 à 20 jours, observer un repos de 10 à 20 jours. Il est généralement nécessaire de faire de 4 à 6 séries et plus, dans certains cas. Le malade n'a pas besoin d'être à jeun.

Quant à la technique proprement dite de l'injection elle ne diffère absolument en rien de celle de toutes les autres méthodes utilisant la voie intra-veineuse.

Il faut noter que toute effraction du liquide hors de la veine est suivie d'une douleur assez vive, calmée par des applications répétées de compresses humides très chaudes.

Méthode des infections intra-musculaires ou sous-cutanées. — On emploie des solutions lipoidiques contenant 2 milligrammes de sulfates de terres rares par centimètre cube. (Le milieu lipoidique, selon les recherches de MM. Hudelo Montlaur et Drouin se rapportant à l'étain, renforcerait l'activité thérapeutique du produit).

On injecte quotidiennement 2 cm. pendant 15 ou 20 jours consécutifs suivis de 10 ou 15 jours de repos.

C'est une méthode à employer dans les seuls cas où l'injection intra-veineuse ne peut pas être pratiquée. Les phénomènes douloureux consécutifs à cette injection sont généralement peu marqués. La voie sous-cutanée, que nous avons systématiquement employée, nous a semblé plus pratique.

Les réactions hématologiques, que nous avons détaillées ci-dessus, sont moins marquées avec cette méthode.

Les terres rares peuvent être également employées sous forme D'OXYDES DE TERRES CÉRIQUES, en solution à 1 %. Les indications sont les mêmes que celles données au sujet des sulfates de terres rares. Ces oxydes s'administrent par voie intra-veineuse. La dose à injecter est de cinq centimètres. On pratique des injections quotidiennes pendant vingt jours consécutifs. Après un repos de 10-20 jours on reprend une nouvelle série de 20 injections.

Nous avons indifféremment utilisé les sulfates et les oxydes de terres rares.

Considérations générales sur le traitement des tuberculides par les terres rares

Il s'agit d'une méthode encore toute récente et qui a besoin d'être largement employée pour être mise au point. Il est cependant possible, dès à présent, de noter les quelques observations suivantes :

Les *Réactions générales* consécutives au traitement sont fort variables : nulles chez certains malades, elles consistent chez d'autres, en céphalée, sensation de lourdeur de tête et de fatigue, qui persistent pendant quelques heures au cours de la journée où a été pratiquée l'injection.

Jamais de réaction violente, d'aucune sorte, au moment de l'injection.

Les *réactions locales* peuvent également faire défaut. Dans quelques cas, on observe une augmentation notable des phénomènes congestifs au niveau de la lésion — s'accompagnant de sensation de prurit et de chaleur. Chez deux malades, atteints de lupus vulgaire et soumis au traitement par les sulfates de terres rares, nous avons constaté des phénomènes irritatifs intenses, au niveau de lésions, qui primitivement sèches, étaient devenues infiltrées, douloureuses et presque ulcéreuses. Ces réactions locales nous ont semblé survenir plus fréquemment au cours ou à la fin de la première série d'injections. Elles durent quelques jours. puis cessent complètement.

Ces réactions contre indiquent-elles la continuation du traitement ?. L'expérience nous manque encore, pour répondre catégoriquemnt à cette question. Dans l'état actuel des choses, et en raisonnant un peu par analogie avec la Réaction Herxheimer, observée en syphigraphie, nous n'avons jamais interrompu nos injections. Les phénomènes d'irritation locale, se sont atténués néanmoins, quelques jours, après leur apparition.

Comment se manifeste l'amélioration ? — Dans les lupus érythémateux par exemple, il se produit d'abord une *desquamation abondante ;* la *teinte* de la lésion s'atténue, l'infiltration diminue.

Dans le lupus tuberculeux dont nous avons eu l'occasion de soigner plusieurs cas, en plus de ces phénonomènes, on note *un assèchement* progressif de la lésion, ainsi qu'une diminution de son relief. Nous avons

observé le même processus dans un cas de gommes *lymphangitiques* ulcérés des membres inférieurs :

Quelle est la durée du traitement ? — On arrivera souvent à quelque résultat, avec deux séries d'injections, dans le traitement des formes les plus atténuées de la tuberculose cutanée atypique, comme l'érythème pernio, les tuberculides papulo-nécrotiques. Il n'y faut, cependant pas compter. En ce qui concerne les *lupus érythémateux de toutes catégories, la durée du traitement sera toujours beaucoup plus longue.* — Il faut avoir la patience de pratiquer, 4, 5, 6 séries de vingt injections. Mais que l'on songe aux traitements anciens, qui duraient souvent des années, et pour aboutir parfois à des résultats médiocres.

Néanmoins, *et nous y insistons*, cette objection de temps, ne nous parait nullement négligeable dans la pratique. C'est pourquoi, tant qu'il ne sera pas prouvé que les terres rares constituent la médication spécifique de la tuberculose, comme le sont pour la syphilis, le mercure et l'arsenic, il nous semblera prématuré d'abandonner des méthodes comme la tuberculinothérapie et les injections de novarsenobenzol.

La première, en effet, qui nous permet de guérir en un laps de temps étonamment court des affections comme l'érythème induré de Bazin, entre autres tuberculides.

La seconde, qui, quand elle doit donner des résultats, agit rapidement, et présente en même temps l'avantage de réaliser deux thérapeutiques, à la fois.

Le traitement des Tuberculides par le Novarsénobenzol

Il y a fort longtemps qu'on utilise les composés arsenicaux dans le traitement de la tuberculose cutanée. Alors qu'il décrivait, la dermatose connue sous le nom de « sarcoïdes cutanées multiples bénignes », Cœsar Bœck, de christiania, en vantait déjà les bons effets. A sa suite, de nombreux auteurs expérimentèrent l'arsenic, avec des résultats fort variables, et sous des formes que nous avons indiquées précédemment : Liqueur de Fowler, arséniate de soude, etc.

Cependant, il faut le dire, cette thérapeutique était pratiquée, sans beaucoup de méthode. Elle occupait un rang quelconque dans la foule considérable des médications par lesquelles on essayait de combattre les manifestations cutanées de la Tuberculose. Par ci par là, quelques auteurs insistaient peut-être plus particulièrement sur les bons effets de l'arsenic, mais sans essayer de démêler les conditions les plus favorables de son emploi.

La découverte des arsénobenzols et de leurs dérivés, et leur vogue considérable en syphiligraphie attirèrent à nouveau l'attention des praticiens de toutes catégories, sur la valeur thérapeuthique de l'arsenic. Aussi bien en médecine générale qu'en dermatologie, les affections qui jusque là avaient semblé tirer quelque bénéfice de l'administration de l'arsenic, furent soumises au traitement novarsénobenzolique. C'est ainsi que les cas de tuberculides, traités par le 914 (qui avait été choisi parmi les autres composés arsénobenzoliques, parce que plus facilement maniable) se multiplièrent rapidement au cours de ces dernières années.

Quels en furent les résultats ? D'une part, quelques succès particulièrement brillants furent signalés ça et là, et convainquirent un certain nombre d'auteurs, qu'il y avait dans cette combinaison nouvelle de l'arsenic, une méthode thérapeutique digne de quelque intérêt.

Cependant, à côté de ces cas heureux, bon nombre de dermatoses de même nature semblaient ne se modifier en aucune façon sous l'influence de la médication arsenicale. Pourquoi cette différence flagrante dans les résultats ? Est-il possible de l'expliquer ?

Considérations sur le traitement des Tuberculides par le novarsénobenzol.

Quand on examine la quantité relativement considérable d'observations parues depuis dix ans environ, et relatant, les bons effets ou l'inefficacité suivant les cas du traitement novarsénobenzolique chez les malades porteurs de tuberculides, ou est frappé tout d'abord de la diversité des résultats obtenus. On commence par avoir l'impression qu'il n'est pas possible de tabler sur l'aspect clinique ou le rang nosographique de telle lésion ,pour instituer de préférence à un autre, le traitement par le 914. Telle Tuberculide qu'une thérapeutique novarsénobenzolique aura nettement améliorée ou guérie, chez un malade donné, ne tirera aucun profit de cette même médication, chez cet autre malade.

Cependant, en serrant d'un peu plus près la question, il semble que deux remarques puissent êtres faites :

1° le traitement par le 914 est plus fréquemment favorable chez les malades atteints en même temps de syphilis.

2° Parmi les syphilitiques même, les hérédosyphilitiques semblent plus souvent bénéficier de ce même traitement.

Or, n'est-on pas infailliblement enclin, devant de telles constatations à se remémorer l'ancien « scrofulate de vérole » de Ricord ?

On sait que ce chapitre si important de la pathologie d'il y a cinquante ans, a presque complètement disparu de nos conceptions médicales actuelles, et que l'hérédo-syphilis s'est enrichie peu à peu de la plupart des manifestations cutanées qui le constituaient. Si cette manière de voir répond à la majorité des faits, il n'en est pas moins vrai — et l'étude attentive de ces observations le prouve — que les conceptions de Ricord, et par la suite, celles de Devergie et de Fournier — se justifient en partie.

Certes, on n'a jamais pû démontrer jusqu'à présent que chez les malades atteints à la fois de syphilis et de tuberculose, il pouvait exister « des lésions hybrides, dues à l'action simultanée du bacille de la Tuberculose et du spirochète pâle, dans la même lésion, dans le même organe, lésions ayant des caractères propres, qui

ne sont plus tout à fait, ni ceux de lésions tuberculeuses, ni ceux de lésions syphilitiques » (Marfan).

Mais, par contre, il semble bien prouvé cliniquement que le terrain hérédo-syphilitique ensemencé par le Bacille de Koch, réagit plus fréquemment par des manifestations tuberculeuses du type scrofuleux. En outre, cette imprégnation simultanée de l'organisme par les toxines tuberculeuses et syphilitiques, peut imprimer aux lésions tuberculeuses, un caractère particulier — Milian a fait ainsi remarquer que l'affection connue sous le nom de « syphilides acnéiformes miliaires » était constituée par des lésions histologiquement tuberculeuses, et qui ne différaient en rien du lichen-scrofulosorum, — mais cette affection, selon lui, aurait la particularité de survenir toujours chez les malades atteints de syphilis, et, dans des conditions déterminées : elle succède à la roséole, et ses éléments se développent sur les plaques mêmes de roséole et jamais dans l'intervalle de celles-ci.

Une autre caractéristique, de ces lésions tuberculeuses évoluant dans un organisme imprégné de syphilis, est la fréquence avec laquelle elles réagissent favorablement aux traitements spécifiques. Car, si l'on peut — au besoin, pour le 914, invoquer l'action reconstituante de l'arsenic — encore qu'il soit difficile d'expliquer pourquoi cette heureuse influence se manifeste aussi régulièrement — comment ne pas être frappé de la guérison de certaines lésions, nettement tuberculeuses, par un traitement aussi déprimant que les injections d'huile grise ou de calomel ! Or entre autres nombreux auteurs, Milian a eu l'occasion de soigner des syphilitiques atteints de lésions ganglionnaires réchauffées, dont l'inoculation au cobaye avait été nettement positive : ces malades guérirent par les injections d'huile grise.

Et, à ce propos, rappelant le succès obtenu dans le traitement de quelques affections intercurrentes survenant au cours de la syphilis, par les médications mercurio-arsenicales, Milian émet l'hypothèse suivante, qui se rapporterait également à l'action du 914 sur les tuberculides : « il s'agit vraisemblablement de la production par le traitement et de la mise en circulation d'anticorps, qui bien qu'antisyphilitiques, ne sont pas rigoureusement spécifiques et sont doués de propriétés curatrices pour un certian nombre d'autres maladies dont la gamme est à déterminer ».

En résumé, quand la tuberculose et la syphilis coexistent chez un individu, les lésions tuberculeuses,

d'une part, syphilitiques d'autre part, conservent chacune leurs caractères spécifiques : il n'y a pas *hybridité de lésions*, selon l'expression de Sergent. Mais, par un mécanisme intime que nous ne connaissons pas, ces deux affections peuvent retentir l'une sur l'autre, et créer ainsi une *hybridité de terrain* favorable à l'application du traitement anti-syphilitique.

D'où l'indication pratique, de rechercher systématiquement la syphilis acquise et surtout héréditaire, chez tous les malades atteints de tuberculides, afin, s'il y a lieu, de tenter, avant tout autre, le traitement novarsénobenzolique. — Pour cela, on procédera minutieusement à un examen somatique complet du malade, que l'on complètera par une réaction de Wassermann, et au besoin, par une réactivation.

Action des dérivés de l'arsenobenzol sur le sang. — En dehors de son action anti-infectieuse, il est juste de rappeler que l'arsenic est connu, depuis fort longtemps, pour son influence heureuse sur les échanges organiques et la formule sanguine. Il agit à la manière des rayons X, en provoquant une destruction globulaire, suivie d'une mise en liberté de ferments leucocytaires, et d'une réparation globulaire intense.

C'est dans ce sens, que semblent agir également ; les nouveaux composés arsenicaux. Comme l'ont montré, MM. Hudelo et Montlaur, à propos du Luargol, leur action peut se résumer en la formule suivante : augmentation marquée des hématies, et surtout des leucocytes. Pas d'hémolyse , pas de modifications de la fomule leucocytaire.

Tuberculinothérapie combinée au traitement novarsenobenzolique.

Quelques dermatologistes, Darier, entre autres, ont imaginé d'associer le traitement tuberculinique aux injections de 914. Dans cette méthode, les injections de tuberculine se pratiquent comme nous l'avons indiqué dans un chapitre précédent. Elles constituent d'ailleurs la partie importante de la méthode, le 914, servant, en quelque sorte selon l'expression de notre maitre M. le docteur Hudelo, à fixer la tuberculine.

Deux techniques peuvent être employées : la première qui consiste, à intercaler de petites doses de novarsenobenzol (0.15, 0.20, 0.30 centigrammes) entre les injections de tuberculine — la seconde selon laquelle on fait suivre une série d'injections de tuberculine de deux ou trois injections de novarsenobenzol. Cette dernière manière de faire semble plus pratique — sans qu'on puisse rien invoquer de positif, en sa faveur.

D'une manière générale, on peut dire que le 914 agit moins vite, dans les lésions tuberculeuses où il semble devoir donner des résultats, que dans les affections syphilitiques. Au surplus, alors que les lésions apparentes avaient cliniquement disparu on a pu dans certains cas, déceler des zônes histologiquement malades sous-jacentes aux anciennes lésions cutanées. Disons enfin que les récidives ne sont pas exceptionnelles.

Malgré toutes ces objections, le novarsenobenzol a sa place nettement indiquée dans la thérapeutique des tuberculoses cutanées atypiques dans les conditions que nous avons essayé de faire valoir.

Méthode d'administration du novarsenobenzol.

Le novarsenobenzol s'administre, de préférence, par voie intra-veineuse, selon la technique habituelle de cette petite intervention. Le malade à traiter ne doit être atteint ni d'une maladie aiguë ou subaiguë, ni d'une affection cardio-vasculaire.

Il sera à jeun au moment de l'injection, et le restera quatre heures, au minimum, après l'injection. Celle-ci aura lieu, le malade étant couché, de préférence.

Les doses à employer dépendent de l'âge du sujet. D'une manière générale, il semble inutile de dépasser la dose de 0,75 centigrammes pour un adulte de 60 kilogs. Les injections seront hebdomadaires et pratiquées par séries de six. Si aucun résultat n'a été obtenu à la suite d'une première série, il est préférable, pratiquement de ne pas s'obstiner.

Observations

OBSERVATION N° 1. — (Ravaut Société médicale des Hôpitaux).

Lupus érythémateux des mains et tuberculides papulo-nécrotiques chez un malade à Wassermann, d'abord faiblement positif, puis nettement positif par réactivation. Guérison par 6 injections de novarsenobenzol.

Ter... âgé de 36 ans, Salle Cazenave, Hôpital Saint-Louis.

Ant. héréditaires = 0.

Ant. personnels = Rhumes fréquents en hiver.

Pas de maladie grave.

Pas de signes de syphilis ou de tuberculose.

Sa femme n'a pas fait de fausses couches : il a eu deux enfants nés à terme, mais morts l'un à 3 ans de méningite et l'autre à trois mois sans cause connue.

En octobre 1912 ce malade vient se faire soigner dans le service de M. de Beurmann pour un « lupus érythémateux » peu étendu de la face. Il guérit en partie avec des applications d'acide carbonique.

En mai 1913, à la suite d'un coup de soleil, le lupus réapparaît tout-à-coup recouvrant symétriquement les joues, le nez, les paupières et la partie postérieure des oreilles. En outre, apparaissent sur la face dorsale des mains de petits placards de lupus érythémateux et d'abondantes tuberculides papulonécrotiques sur les deux faces : 43 éléments à la main droite et 36 éléments à la main gauche ; ces éléments sont à divers stades de leur évolution.

M. Brocq veut bien examiner ce malade, confirme le diagnostic de lupus érythémateux et de tuberculides papulonécrotiques associées et ne constate aucun signe de syphilis.

5 juin 1913 : Réaction de Wassermann : positive (H3 avec un autigène ; H4 avec un second autigène (Ramond) .

Injection de 0,30 de néo salvarsan.

12 juin 1913 : Réaction de Wassermann : partiellement positive (Institut Pasteur).

Injection de 0,45 de néo-salvarsan.

26 juin 1913 : Injection de 0,60 de néo-salvarsan. (—+ +) Gastou.

Injection de 0,60 de néo-salvarsan.

26 juin 1913 : Injection de 0,60 de salvarsan.

3 juillet 1913 : Injection de 0,75.

10 juillet 1913 : Injection de 0,75.

Sous l'influence de ce traitement les tuberculides papulo-nécrotiques se sont très rapidement cicatrisées et le lupus érythémateux s'est effacé progressivement.

Le 5 avril 1913 : Je revois le malade qui ne présente plus aucune trace de lupus, les lésions des mains sont complètement guéries. L'état général est excellent.

12 septembre 1915 : Les bons résultats se maintiennent sur la face et les mains.

OBSERVATION N° II. — (Malade du Dr Ravaut).

Erythème induré de Bazin, chez une malade atteinte de roséole. Disparition des lésions après deux injections de norvarsenobenzol.

Mar...., 20 ans, Hôpital Saint-Louis, Salle Gibert, N° 6, service du Dr de Beurmann.

Cette malade sans antécédents intéressants, de bonne santé apparente sans signes de tuberculose pulmonaire, entre à l'hôpital au commencement de mars 1913 pour une roséole des plus nettes. Elle a eu un chancre 1 mois ½ auparavant.

En l'examinant, nous constatons sur les mollets, des nodules très nets d'Erythème induré de Bazin : un nodule du volume d'un petit pois sur la face postérieure du mollet droit ; un autre un peu plus gros sur la face antéro-externe de ce même mollet. Sur le mollet gauche deux nodules du volume d'une petite noisette siégeant sur la face externe et sur la face interne. La malade nous apprend que cette poussée s'est faite assez rapidement le mois précédent. Il y a deux ans et demi, une poussée semblable mais beaucoup plus intense s'était produite criblant de nodules la face postérieure des deux jambes. Il n'aurait été fait aucun traitement et les lésions avaient disparu au bout d'un mois.

La malade est traitée pour sa syphilis et reçoit au commencement de mars 6 piqûres de benzoate de mercure, puis ;

13 mars 1913 : injections de 0,45 de neo-salvarsan ; quelques jours après cette injection la roséole disparaît et les nodules des jambes s'effacent presque complètement.

20 mars 1913 : Injection de 0,60 de neo-salvarsan ; à la suite de cette seconde injection les nodules disparaissent complètement et la malade sort de l'Hôpital sur sa demande.

Nous ne l'avons plus revue.

OBSERVATION N° III. — (Malade du Dr Ravaut).

Tuberculides papulo-nécrotiques chez un malade ayant présenté un chancre un mois auparavant, Wassermann positif, guérison après cinq injections de 914.

Che... âgé de 43 ans. Hôpital Saint-Louis, Salle Bichat, N° 61, service de M. Darier que je remplaçais en décembre 1912. Entré une première fois dans le service en décembre 1912, porteur de siphilides papuleuses étendues à toute la surface du corps. Il avait eu un chancre de la verge un mois et demi auparavant.

Le 18 septembre 1912, la Réaction de Wassermann du sang est positive. L'observation a porté que l'on aurait noté à ce moment l'existence d'éléments surélevés présentant à leur centre un petit point de suppuration.

Le malade sort de l'Hôpital et revient le 2 novembre 1912 présentant cette fois une éruption abondante de tuberculides papulo-nécrotiques à centre jaune excavé et nettement purulent. Entre ces éléments se distinguent nettement les traces presque effacées des papules syphilitiques. Il présente en outre des plaques muqueuses hypertrophiques de l'anus. ....On pratique une biopsie.... Le Dr Civatte confirme qu'il s'agit indubitablement de tuberculides papulo-nécrotiques chez un syphilitique. En novembre 1912, ce malade reçoit quelques injections de calomel, qui font disparaître les lésions syphilitiques, mais ne modifient que très peu les tuberculides.

Au début de décembre 1912, l'apparition d'une stonatite oblige d'interrompre le traitement mercuriel.

Je vois le malade pour la première fois à la fin de décembre 1912, et je constate une éruption typique de tuberculides populo-nécrotiques à différents stades de leur évolution siégeant sur le thorax, les bras et les jambes. Les lésions syphilitiques ont presque complètement disparus, et dans la bouche, il reste encore quelques plaques muqueuses et des signes de stomatité mercurielle.

Je commence chez ce malade un traitement par le neo-salvarsan en injections intraveineuses concentrées, et il reçoit :

7 janvier 1913 : injections de 0,45 de neo-salvarsan.

14 janvier 1913 : injections de 0,60 de neo-salvarsan.

21 janvier 1913 : injections de 0,75 de neo-salvarsan.

A partir de la troisième injection les tuberculides s'affaissent considérablement et se cicatrisent.

28 janvier 1913 : injection de 0,75.

4 février 1913 : injection de 0,60.

Le malade sort de l'Hôpital le 7 février 1913.

A ce moment il n'y a plus trace de tuberculides, tous les éléments anciens sont cicatrisés et aucun nouvel élément ne s'est produit depuis le début du traitement. Nous n'avons plus revu ce malade .

OBSERVATION N° IV. — (Hudelo-civatte et Rabut).

Granulome annulaire à lésions disséminées — Guérison en cinq semaines, par cinq injections de tuberculine.

Yvonne De..., 14 ans est atteinte depuis deux mois de lésions disséminées. Celles-ci ont débuté vers le milieu du mois d'août 1919 au niveau du bord radial du poignet droit « par une boursouflure blanche » très prurigineuse, pendant quelques jours et qui fut attribuée à une piqûre d'insecte. De nouveaux éléments apparurent sur le bord cubital et la face dorsale de la main droite, puis aux membres inférieurs, aux coudes, et enfin plus récemment au coup de pied gauche.

Etat au 10 Octobre 1914. — La main droite présente les éléments les plus caractéritsiques. Sur la face dorsale de la base du 1er métacarpien existe un anneau d'environ 2 cm. de diamètre, à centre légèrement déprimé et limité par un bourrelet mamelonné fait de nodules arrondis de la dimension d'une grosse tête d'épingle et dont la couleur varie du blanc au rose. Le palper révèle de l'infiltration.

Sur la face dorsale de la main, du côté cubital, trois éléments : l'un rappelant, en plus petit, celui du bord radial, deux autres, lenticulaires, présentant à leur périphérie, l'un 3, l'autre 4 nodules.

Sur le bord cubital : trois petits éléments. Au voisinage du coude droit, trois macules pâles, légèrement infiltrées, sans caractères nets.

Au coude gauche plusieurs éléments lenticulaires donnant un peu l'impression d'érythème polymorphe.

Au genou droit, trois éléments à bord rose sur la face antérieure et le bord externe de la rotule.

L'éruption est plus nette sur la face interne, qui présente deux éléments plus colorés qu'à la main, avec une bordure moins saillante, mais nettement perceptible au doigt.

Mollet droit : sur la face postérieure, un élément récent, incomplet — genou gauche et coup de pied gauche = plusieurs petites macules violacées.

Etat général : malade d'aspect chétif, facilement fatiguée, sans appétit, nerveuse, avec manifestations choréiques.

Rien aux poumons, chaînes ganglionnaires cervicales, livédo. Prédispositions aux engelures. La malade a été opérée de végétations à l'âge de 7 ans.

A. H. Parents bien portants. Un autre enfant est en bonne santé. Du côté de la mère, une sœur morte à 18 ans de tuberculose. Du côté du père, un frère mort à 30 ans de bronchite suspecte.

Radioscopie. Légère adénopathie tracheo-bronchique. Rien d'anormal au poumon ni aux os des membres.

. . . . . .

Le traitement commencé le 14 octobre 1919 a été poursuivi jusqu'au 20 Novembre 1919.

14 Octobre : Injection intra-dermique d'une goutte de la solution de tuberculine au 1/10.000e.

21 Octobre : Il y a eu peu de réaction. On injecte une goutte de la solution au 1/5.000e.

28 Octobre : Réaction large comme une pièce de un franc. Deux gouttes au 1/5000e.

5 Novembre : Les éléments se sont complètement transformés : pâlis, aplatis, ils n'offrent plus rien de caractéristique. Trois gouttes au 1/5000e.

13 Novembre : L'amélioration continue. Deux gouttes au 1/5000e.

20 Novembre : Disparition complète des éléments.

Le traitement est cessé : car l'enfant est hospitalisée dans un autre service pour chorée.

OBSERVATION N° V. — (Observation de Burnier et Bloch).

Acnitis — Grande amélioration par injections de tuberculine.

B... Albert, 38 ans, employé de commerce vient consulter le 29 Mars 1920 à la polyclinique Henri IV, de l'Hôpital St-Louis, pour une éruption papulo-pustuleuse de la face datant de 2 mois.

A. H. : néant ; frères et sœurs bien portants.

A. P. : fièvre typhoïde à 21 ans. Aucune maladie vénérienne, marié sans enfants.

En Avril 1919, le malade présente sur la face antéro-inférieure des avant-bras, et sur la face antérieure des membres inférieurs (genou et 1/3 inférieur des cuisses) une éruption analogue à celle qu'il présente actuellment sur le visage. L'éruption non douloureuse fut traitée par des pommades et disparut progressivement en quatre mois sans laisser de traces.

On note actuellement sur toute l'étendue du visage, mais plus prononcée à l'angle externe des yeux, une éruption constituée par des éléments d'abord papuleux, dont certains deviennent nettement pustuleux, de coloration lie de vin, à trace infiltrée. Cette éruption est complètement indolore.

Pas d'adenopathie sous maxillaire, ni anguilo-maxillaire.

Ces lésions sont apparues au début de Février 1920.

Depuis la fin de mars existent sur les mains acro-asphyxiques 2 ou 3 papules, infiltrées, violacées, sans aucune tendance à se transformer en pustules.

L'état général du malade est excellent. Pas de lésions pulmonaires.

Un Wassermann fait le 15 mars, fut complètement négatif. Malgré cela on fit au malade trois injections de novarsenobenzol qui n'améliorent nullement les lésions. Une réactivation de Wassermann fut également négative.

Le 20 Avril on fit une injection sous et intra-dermique de 1^{me} de tuberculine C. L., au 1/1000^{e} au niveau du bras. Une faible réaction locale apparût le lendemain sans réaction générale ; cependant une pigmentation cutanée succèda à la plaque erythémateuse.

Une nouvelle injection semblable de tuberculine fut faite à l'autre bras, le 26 Avril ; cette fois la réaction locale fut très marquée et s'accompagna de réaction

générale (fièvre, malaise) et d'une réaction au niveau des éléments de la face qui devinrent plus violacés.

Le malade a reçu jusqu'ici six injections de tuberculine C. L. (1mmc. de la solution au 1/1000).

Les lésions sont nettement améliorées. Les éléments, s'affaisent, et certains, ont déjà, complètement disparu.

OBSERVATION N° VI. — (Personnelle).

1° *Erythème induré de Bazin ; traitement six injections de tuberculine ; une injection de novarsenobenzol. Guérison.*

2° *Un an après, érythème pernio des mains, tuberculides folliculaires des doigts ; tuberculides papulo-nécrotiques du pied ; traitement par la Tuberculine. Guérison de l'érythème pernio-exclusivement.*

Mlle N... Blanche, 13 ans, vient consulter le 21 Juin 1919 dans le service du Dr Hudelo, salle Bazin, Hôpital St-Louis, pour un érythème induré ulcéreux des membres inférieurs, constitué par trois éléments siègeant sur la jambe gauche et quatre éléments sur la jambe droite. Ces lésions offrent les caractères habituels de la tuberculose ulcéreuse de Hutchinson.

On note en outre, des lésions à type d'acné comédonienne sans inflammation ni pustules, exclusivement localisées à la région de la ceinture, en avant et en arrière, où elles forment une sorte de placard à ponctuations noires et saillantes sur un fond de peau d'apparence normale. Acné cornée ou simple hyperkératose

Le reste des téguments du tronc est assez fortement kérosique mais il n'existe pas un élément d'acné dans la région interscapulaire, ni à la face.

La malade fut soumise au traitement suivant :

Le 8 Juillet 1919 une goutte de la solution de tuberculine au 1/10.000e. Pas de récation.

Le 11 Juillet 1919 : Deux gouttes de la même solution. Réaction vésiculeuse.

Le 15 Juillet : une goutte de la solution au 1/5000e.

Le 28 Juillet : deux gouttes de la solution au 1/5000e

Le 22 Juillet : une goutte de la solution à 1/5000e.

Le 25 Juillet 1919 : deux gouttes de la solution à 1/2500.

Le 30 Juillet : une injection de novarsenobenzol — 0,30 cg.

Les lésions ulcéreuses ont commençé de s'améliorer, dès la première injection de tuberculine. Elles avaient complètement disparu à la sixième.

La malade revient consulter le 22 Décembre 1920 pour des lésions, datant de deux mois environ et constituées de la manière suivante :

a) Sur les deux mains un état de cyanose acroasphyxique permanente avec doigts boudinés, froids, engourdis ;

b) Sur la main gauche dans le sillon séparant l'annulaire de l'auriculaire, et débordant la face dorsale de la main, un petit placard, grand comme une pièce de 0.50 légèrement ulcéré.

c) Sur l'annulaire gauche deux petits amas de folliculité agminée, à fond violacé : tuberculides folliculaires ;

d) Sur les deux jambes des cicatrices arrondies hyperpigmentées situées sur la face antéro-externe du 1/3 inférieur : ce sont les cicatrices des lésions d'érythème induré de Bazin-Hutchison, signalées au début de notre observation.

e) Sur la face dorsale des pieds, surtout à droite, des placards composés d'éléments arrondis, de la dimension d'un grain de mil, de coloration violacée, légèrement saillants et bien indurés : tuberculides ulcérées ;

f) Sur le tronc au niveau de la ceinture, du côté droit, en avant et surtout en arrière des placards confluents de folliculites hyperkeratosiques, banales lésions identiques probablement à celles que présentait la malade l'année précédente ;

g) Kératose pilaire sur la face postérieure des deux bras avec coloration violaçée.

Rien à signaler du côté de l'état général, qui est bon.

Traitement.. — *Le 22 Décembre* 1920. — Une goutte de solution de tuberculine à 1/10.000.

Le 29 Décembre 1920. — A la suite de cette première injection, réaction fébrile qui a duré trois heures — réaction locale érythémato-papuleuse, d'une dimension supérieure à celle d'une pièce de 0.50 centimes — avec induration sous-jacente mal limitée, mais débordant la zône érythémateuse.

Tuberculine à 1/5000. Une goutte,

Le 5 Janvier 1921. — Mêmes réactions locale et générale. A noter en outre : atténuation nette de la coloration violaçée des mains et de la sensation « d'engourdissement » local que présentait la malade. Le placard de lupus pernio du sillon séparant l'auriculaire de l'annulaire, de la main gauche, est nettement moins infiltré et moins rouge. L'ulcération s'est refermée — Diminution du relief des deux placards de folliculité agminée de l'annuaire gauche. Les autres lésions : tuberculides du pied, placards d'hyperkératose du flanc n'ont pas bougé.

Tuberculine à 1/5.000. Une goutte.

Le 12 Janvier 1921. — Réaction locale, de la grandeur d'une pièce de un franc à la suite de la précédente injection. Peu de fièvre.

Les lésions des mains sont entièrement guéries.

Les tuberculides papulo-nécrotiques du pied, n'ont pas bougé.

La malade est soumise aux injections de sulfates terres rares. On cesse la tuberculine.

OBSERVATION N° VII. — (Personnelle).

Lupus érythémateux de la face soigné sans succès pendant deux ans par divers traitements et courants de haute fréquence. — Amélioration considérable, par les injections d'oxydes de terres rares, (géodyl).

Mme P... D..., 27 ans, vient consulter le 18 Mars, à la polyclinique Bazin, de l'Hôpital St-Louis, pour un lupus érythémateux très étendu de la face, datant de 18 mois. Elle est soignée jusqu'au 23 juin 1920 par des pilules d'extrait de digitale de sulfate de quinine et d'extrait d'hamamelis et par des courants de haute fréquence.

Aucun résultat à la suite de ces injections et de ce traitement.

Etat le 23 Juin 1920. — La malade présente un lupus érythémateux couvrant presque toute la face, comme d'un masque ; limite inférieure sensiblement horizontale et nettement arrêtée à 2 cm. au dessous de l'angle de la mâchoire ; limite latérale : en arrière des oreilles à 3 cm. environ du pli retro-auriculaire, limite peu nette — limite supérieure, se prolonge sur le cuir chevelu, à 3-4 cm. environ de la bordure des cheveux : à ce niveau les cheveux commencent à tomber,

Sur la face sont seuls respectés : le pourtour de la bouche, (sauf deux plaques d'apparition récente sur la lèvre supérieure) les sillons naso-géniens, la racine du nez.

Dans l'ensemble : lésion rouge brunâtre, *hyperpigmentée* peu squameuse sauf sur le dos du nez où elle donne nettement la sensation de râpe.

Quelques éléments plus jeunes, rose vif, avec squames, petites, sèches adhérentes à la lèvre supérieure ; un sous l'œil gauche, un à l'angle externe de l'œil droit, un en avant du tragusde de l'oreille gauche.

Traitement. — La malade est soumise aux injections intra-veineuses d'oxydes de terres rares.

Du 23 Juin au 12 Juillet 1919, elle reçoit vingt injections intra-veineuses d'oxydes de terres rares, 5 centimètres cubes par injection.

Au cours de cette 1re série on note : une diminution de rougeur de la lésion, et principalement, des petits éléments récents rose vif.

Du 2 Août au 28 Août 1919 seconde série de 20 injections d'oxydes de terres rares, aux mêmes doses.

Du 21 Septembre 1919 au 26 Octobre 1919 troisième série de 20 injections d'oxydes de terres rares, aux mêmes doses.

Le 26 Octobre. — L'ensemble de la lésion s'est profondément modifié . Régression complète des éléments récents. Quant aux grands placards faciaux ils ont considérablement pâli aussi bien au point de vue pigmentaire qu'au point de vue rougeur, l'infiltration est très diminuée et la bordure des lésions qui était au début du traitement d'une netteté absolue a sur certains points presque disparu.

Du 23 Novembre 1919 au 24 Décembre 1919.

Quatrième série d'oxydes de terres rares, 20 injections aux mêmes doses.

Le 17 Janvier 1921. — Les lésions de la face ont presque entièrement rétrocédé. La pigmentation a disparu. Il persiste, cependant, une petite zône encore en activité, au niveau du menton.

Le traitement sera continué.

OBSERVATION N° VIII. — (in Thèse S... Guerquin).

Lupus érythémateux forme centrifuge — Guérison après deux séries de 20 injections de sulfates de terres rares. (Pélosoanine).

Début il y a deux mois, par une plaque érythémateuse sur le dos du nez. Depuis, les lésions se sont étendues rapidement et symétriquement aux joues et au front.

29 *Octobre* 1919. — Tout le nez, depuis sa racine jusqu'à son extrémité, y compris les narines, ainsi que les deux tiers supérieurs et internes des joues, sont envahis par un érythème peu infiltré, plus foncé à la périphérie de la lésion. Celle-ci est légèrement surélevée, surtout au niveau de ses bords. Il n'existe aucune squame, mais des croûtelles seborrhéïques au centre des placards jugaux.

Quatre éléments de 1 cm., de diamètre sont disséminés sur le front, l'un deux est en bordure du cuir chevelu encore indemne. Ces plaques, d'apparition toute récente, sont très superficielles et annulaires. Quelques squames très minces adhérent à leur périphérie. L'état est médiocre. Anorexie, poids : 82 kilogr.

26 *Novembre*. — 17 injections de 5 centimètres cubes. Dès les premières piqûres, l'érythème a pâli, et les croûtelles des joues ont commencé à se détacher. Actuellement, elles sont tombées, remplacées par des squames épaisses et grasses.

L'infiltration a disparu et les bords de la lésion principale sont maintenant au même niveau que la peau saine avoisinante. Les éléments aberrants du front ont continué leur cicatricisation centrale, et sont réduits à un cercle rosé qui s'exfolie abondamment. Les lésions ont cessé de s'étendre aussitôt le début du traitement ; aucun nouveau point lupique ne s'est montré depuis. L'appétit revient. Poids : 83 kil. 200.

27 *Décembre*. — Après quinze jours de repos, une nouvelle série a été commencée. Aujourd'hui sixième injection. Il est actuellement évident que l'érythème est arrêté dans sa marche centrifuge. Le centre des lésions jugales est occupé par une cicatrice blanche, fine et souple ; un pont de même nature les réunit. Les bords sont rosés, encore squameux. Au front persistent simplement des cercles de fine desquamation, sans aucune trace de lupus : la peau nouvellement formée est semblable à la peau saine.

14 *Janvier* 1920. — 17 injections de suite. Le processus de guérison s'accentue. Le front ne porte aucune cicatrice. Les lésions du nez et des joues sont réduites à un liseré coloré qui s'exfolie.

3 *Février*. — La guérison est complète.

OBSERVATION N° IX. — (Malade du Dr Grenet).

Lupus érythémateux (type vespertillo) — Guérison après deux séries de 20 injections de sulfates de terres rares. (Pélospanine).

Vil... femme de quarante deux ans. Lupus érythémateux (type vespertillo) datant de quatre ans.

Eléments finement croûteux sur toute la surface. Engelures tous les hivers.

Du 27 Août au 29 Octobre 1920, deux séries de 20 injections de sulfates de terres rares. Dès la fin de la première série, toutes les squames ont disparu. Vers le 15 Novembre, il ne persiste que de l'érythrodermie.

OBSERVATION N° X.

Première poussée d'érythéme induré de Bazin, guérie en trois semaines par un traitement tuberculino-arsenical .. Seconde poussée, deux ans, plus tard : aucune amélioration par ce même traitement. Guérison par 20 injections de sulfates de terres rares. (Pélospanine).

Mme ., 28 ans, vient consulter M. le Dr Hudelo en Octobre 1918, pour des ulcérations siègeant à la partie inférieure de la jambe droite, région sus malléolaire externe.

Cette malade a été atteinte à l'âge de 7 ans d'une paralysie infantile, à forme hemiplégique elle présente, de ce fait une atrophie complète de ses muscles de la cuisse droite un pied bot paralytique (varus equin) et des troubles circulatoires de la jambe et du pied droit, consistant en abaissement de la température locale, cyanose.

Rien à noter du côté de l'appareil pulmonaire ; pas d'antécédents bacillaires. Bon état général.

Depuis plusieurs années, cependant, apparition même en été, d'engelures siègeant à tous les orteils des deux pieds.

En juin 1918, apparition au 1/3 inférieur de la jambe droite, de trois placards violaçés, profondément indurés, assez mal délimités, peu douloureux. Malgré le repos allongé absolu, très rapidement surviennent trois ulcérations, pour lesquelles de nombreux traitements locaux sont essa és sans résultat.

M. le Dr Hudelo, appelé auprès de la malade en Octobre 1918 diagnostique : érythème induré de Bazin,

forme ulcéreuse (type Hutchinson) et prescrit le traitement mixte tuberculino arsenical.

Du 9 Octobre au 26 Novembre 1918, la malade reçoit dix injections intra-dermiques de tuberculine, (la concentration de la solution étant de 1/10.000 pour la première injection, de 1/2.000 pour la dernière). Les injections ont lieu tous les 3 jours. La série terminée, la malade reçoit trois injections intraveineuses de 0.30 centigrammes de 914, à raison d'une injection tous les cinq jours.

Pas de pansement local, autre, qu'une gaze stérile. En trois semaines, les ulcérations sont complètement cicatrisées, et la malade immobilisée depuis six mois peut reprendre son existence normale.

La guérison se maintient : à signaler seulement, une poussée d'engelures non ulcérées au cours de l'hiver 1919-1920.

Au mois de Novembre 1920 apparition à la jambe gauche, 1/3 inférieur, région sus-malléolaire interne et postérieure, de trois à quatre plaques violacées, indurées et s'accompagnant de douleurs contusives : leurs dimensions vont du diamètre d'une pièce de 0.50 à celui d'une pièce de 5 francs.

Le traitement tuberculino-arsenical ayant fait merveille lors de la premire poussée est repris, avec, cependant une légère modification dans son application : tous les 10 jours intra-dermo réaction à la tuberculine ; tous les 10 jours également, intercalée entre les précédentes, soit cinq jours après l'intra-dermo réaction, une injection intraveineuse de 0.30 de novarsenobenzol.

La malade reçoit ainsi quatre injections intra-dermiques de tuberculine la première au 1/10.000, la dernière à 1/2000) et 4 injections intra-veineuses de 0,30 centigrammes de 914.

Au cours du traitement apparaissent de nouveaux placards d'érythème induré de Bazin, tant à la jambe gauche qu'à la jambe droite, jusque la indemnes.

Devant cet insuccès M. le Dr Hudelo décide de soumettre la malade au traitement par les sulfates de terres rares, à raison d'une injection quotidienne : les quatre premiers jours, injection de 2 cmc. d'une solution à 2 %, les 16 jours suivants, injection de 4 cmc.

Très rapidement vers la huitième injection les placards pâlissent, l'induration régresse ; et on note une desquamation marquée au niveau des lésions. — A la fin du traitement, il persistait une pigmentation rouge violacée au niveau des placards, mais toute induration avait disparu.

Conclusions

1° La thérapeutique des tuberculides comprend un nombre considérable de traitements locaux susceptibles d'agir plus ou moins favorablement : d'une manière générale, on peut leur reprocher de donner des résultats tout à fait inconstants, et d'exiger, de la part de ceux qui les emploient, une pratique, que peuvent seuls acquérir les médecins spécialisés.

2° Quelques médications sont utilisées, depuis fort longtemps dans le traitement des tuberculoses cutanées: jusqu'à ces dernières années, cependant, leur RÔLE était nettement, de second plan : c'est ainsi qu'on prescrivait assez fréquemment la liqueur de Fowler et l'Huile de foie de morue, mais en maintenant, simultanément, l'emploi d'une médication locale, considérée comme le principal moyen d'action sur la lésion cutanée .

3° Depuis le commencement de ce siècle, au contraire, une évolution très nette s'est faite en faveur des médications internes :

a) *la tuberculinothérapie*, préconisée, il y a vingt ans ,est entrée peu à peu dans le domaine de la thérapeutique courante des tuberculoses cutanées.

b) les composés arsénobenzoliques, et, surtout, leur principal dérivé le 914, attirant l'attention des dermatologistes par leurs brillants en syphiligraphie, furent systématiquement expérimentés dans le traitement des tuberculides.

c) Très récemment, enfin, à la suite d'expériences de laboratoire. une méthode nouvelle a été tentée : *les injections de sels de terres rares.*

4° Aucune de ces méthodes, prise à part, ne peut être considérée, *jusqu'à présent, du moins,* comme susceptible d'agir efficacement sur toutes les formes connues de tuberculides. Par contre, chacune d'elles utilisée dans des conditions déterminées, semble devoir donner des résultats plus particulièrement satisfaisants.

5° C'est ainsi que dans l'érythème induré de Bazin, dans la tuberculose ulcéreuse de Hutchinson, dans les sarcoïdes de Bœck, dans le granulome annulaire, la tuberculinothérapie devra toujours être tentée en premier lieu.

6° Dans tous les cas, où, un examen clinique ou de laboratoire aura semblé montrer que les lésions de tuberculose cutanée se sont greffées sur un terrain-hereda-syphilitique, il y aura un réel intérêt à tenter de les modifier par l'emploi du novarsenobenzol.

7° Enfin, dans toutes les formes cliniques de lupus érythémateux, dans tous les cas où la tuberculinothérapie n'aura pas donné de *rapides* améliorations ; dans tous les cas de récidive, à plus ou moins longue distance d'un premier traitement tuberculinothérapique qui avait agi favorablement ; dans tous ces cas, il y aura lieu d'entreprendre les injections de terres rares : traitement souvent fort long, mais qui peut donner des résultats surprenants dans des affections tenaces et rebelles à tout traitement, comme l'herpès crétaçé de Devergie ; traitement qui n'a pas encore été consacré par la pratique, mais dont les premiers essais semblent justifier les plus grandes espérances.

Bibliographie

ARNDT (G). — Fall von lupus miliaris disseminatus faciei mit demonstration histologischer Präparate. Dermat. Ztschr. Berlin 1911. XVIII. 63.

BALINI et GAUDIA. — Siete casos de lupus éritematosos tratados por inyecciones endovenosas de cyanuro de oroy de potasco. Prenisa med. argentina. Buenos-Ayres 1916-17. III. 119-127.

BALZER et RAFFINESQUE. — Lupus érythémateux. Traitement par le sérum de Marmorek. Bulletin Société française de Dermatologie et syphiligraphie. Paris 1910. XXI. 46-48.

BARBER. — Case of lichenoid aud nodular tuberculid. Proc. Roy, Soc. med. Londres 1915. IX. Dermat. Section 16-19.

BAZIN. — Leçons sur la scrofule 1861.

BENOIT. — Tuberculose cutanée guérie par l'arseno-benzol. Association med. du Canada. Montréal 1916 XLV. 111-113.

DE BEURMANN et LAROCHE. — Lupus érythémateux de la face, des mains, et des muqueuses chez une femme de 65 ans. Bulletin français 1909 XX. 224-231.

BLOCH Louis. — Action de l'arsenic sur le sang et les organes hémato-poiétiques. Th. de Paris 1908.

BLETON (g). — Traitement des adénites tuberculeuses par les injections intra-veineuses de sulfates de terres rares. Th. Paris 1920.

BONNAUD. — Les tuberculoses sarcoïdes cutanées. Thèse de Paris. 1913. Jouve et Cie.

Booth. — Radium in lupus érythématosus. Brit. med. journal Londres 1909, 841.

Bosellini. — Sulle tuberculidi denominate acne scrofulosorum et cachecticorum, folliclis, acnitis. Giornale ital. de malad. vener. Milan 1911 XLVIII-591-612.

Brocq. — Traité élémentaire de Dermatologie pratique Paris 1907.

— Eruption de tuberculides du type lichen scofulosorum, développée autour d'une intra-dermo à la tuberculine. Archives de médecine des enfants. Paris 1917 XX. 590-592.

Brunelle. — Lésions hybrides de syphilis et de tuberculose. Thèse, Lille 1889.

Caudron. — Lupus récidivant de la face. Guérison complète par la paratoxine. Revue moderne de médecine et de chirurgie. Paris 1911. IX. 91-95.

Chambrette. — Tuberculose chirurgicale infantile chez les hérédo-syphilitiques et traitement mercuriel Th. Paris 1909.

Civatte et Vigne. — A propos du traitement de la sarcoïde de Bœck. Annales de Derm. et syphil. VI^e^ série. Tome I. N° 5. 1920.

Coyon et Gougerot. — Tuberculoses cutanées ; lupus pernio des mains, du nez, des oreilles ; et lupus érythémateux fixe squameux des mains des oreilles et du cou ; tuberculides papulo-necrotiques du cou. Bulletin de la Société française de Dermat. et syphiligraphie. Paris 1911. XXII. 425.

Dade. — Erythematous lupus cured by liquid air Jour cut. dis including syphil. New-York 1908. XXVI. 549.

— Case of lupus érythématosus of nose cured by liquid air. Ibidem 1908 XXVI. 230.

Darier. — Les lupus. Revue générale de clinique et de thérapeutique. Paris 1909. XXIII. 690-692.

— Précis de dermatologie . Paris 1919.

DEBONNESSET. — Syphilis héréditaire et tuberculose. Diagnostic différentiel entre les manifestations osseuses et articulaires. Th. Paris 1908.

DIVARIS. — La guérison du lupus par la lumière. Grèce médicale. Syra, 1911, XIII, 45.

DITTRICH. — Lupus érythématosus treated with co 2 snow. j. cut. dis. including syph. New-York. 1911, XXIX. 300. Tuberculides — Jbidem 351.
— Au ideal method of treatment of lupus érythematosus. Am. jour. dermat and genito, urin, diseases. St-Louis 1910. XIV. 373-375.

DOBRON. — A Case of lupus érythématosus four yecus standing cured by radium. West London médic. jour. 1915 XX 132.

DUBREUILH et PETGES. — De l'épithelioma consécutif au lupus érythémateux. Annales de Dermatologie et syphiligraphie. 1909. 4e X, 106-111.

EDDOWES. — Case of folliclis (papulo-necrotic tuberculides) Proceeding Roy. Soc. med. Londres 1915 IX. Dermat. Section 33.

EHRMANN. — Die Tuberkulide, Wiener méd. wchschr. 1913. LXIII 2330-2600.

FABRY. — Ueber intravenöse behandlung des lupus mit Kupfer. Salvarsan. munschen. wchschr. 1915 LXII. 149.

FOURNIER Edmond. — Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis tardive. Paris, 1907.

FROUIN. — Compte-rendu Société de Biologie. Tome IV. XXII 1033. 1912 — Tome IV. XXIII. p. 640 — Tome IV. XXIV. p. 191-193.
— Action des sulfates de terres rares du groupe cérique dans le traitement de la tuberculose expérimentale chez le cobaye et le lapin, académie de médecine, le 15 Juin 1920.

GALLET. — L'acide carbonique solide enthérapeutique dermatologique. Thèse de Paris 1911. Paulin et Cie éditeurs.

GAUCHER. — Rapports du lupus érythémateux avec la syphilis. Bulletin Académie de médecine. Paris 1916.

GAUCHER, GOUGEROT et SALINS. — Lupus pernio des mains et avant-bras, lupus érythémateux vesico pustuleux de la face ; roséole non syphilitique du tronc et du cou. Evolution vers le lupus érythémateux aigu. Bulletin société franç. dermat. et syphil. Paris 1912. XXXIII. 58-62.

GOTTHEIL. — Solid Carbone dioxid in lupus érythématosus. A new and succesful méthod of treatement. New-York. Médic. journal cut. diseare including syphil. 1909 XC. 12-14.

GOUGEROT. — La dermatologie en clientèle. Paris 1919. — Bacillose non folliculaire. Thèse de Paris 1908.

GOUGEROT et DENECHAU. — Tuberculoses hypodermodermiques indurées, en plaques. Tuberculoses sarcoides sclero dermiformes. Revue de Médecine. Paris 1916-1917 XXXV. 644-647.

GOUGEROT et LAROCHE. — Reproduction expéreimentale des tuberculides humaines : tuberculoses cutanées atypiques non folliculaires. Société de Biologie LXIII. Déc. 1907, p. 637.

GOUGEROT et LAROCHE. —Reproductions expérimentales des tuberculides cutanées non folliculaires histologiquement atypiques. Archives de médecine expérimentale. N° 5, Sept. 1908. p. 581.

— Pathogénie des tuberculides cutanées. Nouvelles hypothèses. Bulletin de la Société d'Etudes scientifiques sur la tuberculose, Mars 1912.

GRENET et DROUIN. — Rapport présenté par le Pr Achard à l'Académie de médecine 9 Mars 1920.
— Action thérapeutique des sels de terres rares de la série du cérium. Gazette des hôpitaux : 3 Avril 1920.

— Traitement des inflammations tuberculeuses chroniques par les sels de terres cériques. Société médicales des hôpitaux 7 Mai 1920.
— XIV Congrès français de médecine. Bruxelles 28 Mai 1920.
— Gazette des hôpitaux 3 Juin 1920. Le scalpel. Bruxelles Juillet 1920.

GRENET, BLOCH et DROUIN. — Tuberculoses locales traitées par les injections de sulfates de terres cériques. Société médicale des hôpitaux 19 Novembre 1920.

GUERKIN (Suzanne). — Le traitement des tuberculoses cutanées par les injections intra-veineuses de sels de terres rares. Thèse. Paris 1920.

HAHN. — Traitement du lupus érythémateux par les courants de haute fréquence. Marseille médical 1908 XLV. 138.140.

HARRIS. — Tuberculides. Journal cut. disease including syphilis. Chicago 1918. XXXVI. 319.

HASLUND. — Sur le traitement du lupus érythémateux par la neige carbonique. Annales de dermat. et syphil. Paris 1913. 5e sect. IV. 641-656.

HUDELO-CIVATTE et RABUT. — Granulome annulaire à lésions disséminées. Traitement par la tuberculine. Bulletin société française dermat. et syphiligraphie 1920 N° 1.

HUDELO et MONTLAUR. — Le 102 ou luargol. Société médicale des hôpitaux Juillet 1916.

HUDELO, MONTLAUR et BODINEAU. — Recherches cliniques expérimentales sur le néo-salvarsan. Société dermatologique. Juin 1912.

HUDELO, MONTLAUR et DROUIN. — Sur le renforcement de l'activité thérapeutique de l'étain en milieu lipoidique. Société médicale des hôpitaux 25 Octobre 1918.

HUTINEL et NADAL. — Les réveils de la syphilis héréditaire sous l'influence des infections aigües banales ou spécifiques. Paris médical 6 Décembre 1919).

JACKSON. — Tuberculosis of the skin treated with tuberculin. New-York dermat. Soc. 27 Février, 28 Mai 1912.

JEANSELME et CHEVALLIER. — Erythème induré de Bazin et injections de tuberculine. Société méd. des hôpitaux. 24 Mars 1911.

JUDIN. — Beitrag zur angio keratomfrage (Mibelli) dermatologie ztschr. Berlin 1908. XV. 36-45.

JOSUÉ. — Syphilis et fièvre typhoïde. Société médicale des hôpitaux de Paris. Juin 1914.

LAVOINE. — L'expectoration des tuberculeux pulmonaires traités par les injections intra-veineuses des sels de terres rares. Th. Paris 1920.

LASSUEUR. — Le traitement du lupus érythémateux par les rayons X. Archives d'électricité médicale. Bordeaux 1909. XVIII. 248-256.

LEREDDE et MARTIAL. — Etudes sur le traitement du lupus érythémateux, type fixe. Revue pratique des maladies cutanées. Paris 1908, VII, 35, 66, 100, 125, 159.

LEVY-BRUHL. — L'ulcère tuberculeux atypique de la peau. Thèse de Paris 1914.

LEWANDOWSKY. — Die tuberkulose der Haut. Berlin 1916.

LITTLE. — Case of granuloma annulare. Pr. société of London. Dermat. section Mars 1914. p. 171.

MAC-KEE. — Tuberculinothérapie in tuberculosis cutis, tuberculid and allied conditions ; a preliminary report. Journal cutaneos diseare including syphilis. N. Y. 1914.

MAC-KEE. — Papulo necrotic tuberculid, lupus érithematosus lupus vulgaris and Bazin diseare inthe

same patient treated with tuberculin. Journal cutaneous diseau includuy, syphil. N. Y. 1913. XXXI. 568.

— Bazin diseare (two cases) treated with tuberculin Jbidem 569.

— Papulo necrotic tuberculides (two-cases) treated with tuberculin Ibidem. 569.

MAC LEOD. — Discussion on the nature, variéties causes and treatment of lupus érythématosus. Brit médical. Journal. Londres 1913. II. 313-319.

MARFAN. — La scrofule ; conception ancienne, conception nouvelle. Paris médical 1921.

MÉRET. — Lupus érythémateux de la face guéri par la radiothérapie. Normandie médical. Rouen 1910. XXVI. 102-105.

— Un nouveau cas de lupus érythémateux de la face guéri par la radiothérapie associée à la hauteur fréquence idem 280.

MILIAN. — L'hétérothérapie. Paris médical, 6 Novembre 1920.

— Revue syphiligraphique. Paris médical. 6 Mars 1920.

NOBÉCOURT et DARRÉ. — Recherches sur la bacillemie tuberculeuse chez les enfants par l'injection du sang au cobaye. Société d'études scientifiques sur la tuberculose. Décembre 1912.

PAUTRIER. — Les tuberculoses atypiques. Thèse. Paris 1903.

PATOIR. — Syphilis et tuberculose. Influence spéciale de la syphilis sur certaines formes de tuberculose ; scrofulo-tuberculose. Thèse médicale, 16 Janvier 1911.

PETGES et BONIN. — Lupus érythémateux du cuir chevelu à marche aiguë. Journal de médecine de Bordeaux. 1912, p. 203.

— Lupus érythémateux simulant une éruption syphilitique chez un malade atteint de chancre primitif. Journal de médecine de Bordeaux 1912 LVIII. 275.

PISSAVY. — Discussion de la Société médicale des hôpitaux. 7 Mai 1920.

POUZIN (Y) — Les adenopathies cervicales chroniques chez les enfants heredo-syphilitiques. Th. Paris 1915.

RAVAUT. — Lupus érythémateux avec réaction de wassermann positive. Amélioration par le 914. Bulletin société française de dermat. et syphil. Paris Juin 1913. XXIV. 551-555.

— L'action du néo-salvarsan et la réaction : de wassermann chez les malades atteints de tuberculines diverses. Annales de dermatologie. Août-Sept. 1913.

RÉNON. — Monde médical. Juillet 1919.

— Sur la chimiothérapie de la tuberculose par les sulfates de terres rares. Société méd. des hôpitaux. 7 Mai 1920.

— XIV[e] Congrès de médec. Bruxelles 1920.

SCHMITT. — De la valeur diagnostique et thérapeutique de la tuberculine en dermatologie. Thèse. Paris 1907.

SCHRŒDER. — Uber Tuberkulinbehandlung. Beitrage zur Klinik der Tuberkulose. T XXIII. p. 21

SERGENT. — Formes scrofuloides de la syphilis. Société méd. des hôpitaux. Paris. Mars 1908.

— Syphilis et tuberculose. 1907. Maun, éditeur. Paris.

SOMMERVILLE. — Scrofulous ulcers of the legs (Bazin diseare) succes-fully treated by high frequency currlats. Brit. med. Journal 4 Février 1905 p. 224.

THIBIERGE. — Action curative des injections de tuberculine dans l'érythème induré de Bazin. Volume jubilaire du Pr Barduzzi. Livourne 1911. p. 477.

THIBIERGES et WEISSENBACH. —Traitement de l'érythème induré de Bazin par les tuberculines. Soc. méd. des hôpitaux. 17 Mars 1911.

VEYRIÈRES. — Emploi de la douche filiforme dans le traitement de certaines dermatoses. Edition de la « Gazette des Eaux ». Paris 1913.

— Traitement du lupus érythémateux par la douche filiforme Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris 1913. C VIII. 275.

WESTERN. — A série of cases of scrofulodermia and lupus treated by tuberculin injections. Roy, soc. of médec. dermat. Section. Octobre 1908.